Rapport final
du Groupe
de travail sur
la mise en œuvre
de l'Agence

De la *vision* à *l'action:*

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé

Mars 2006

Ce rapport prend appui sur le rapport du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence intitulé *Partir sur de nouvelles bases : un plan pour établir en Ontario une agence de santé publique, Première partie, octobre 2005.*

Lien :
http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/agency_05f/agency_05f.pdf

ISBN 1-4249-0099-9 (version imprimée)
ISBN 1-4249-0100-6 (version PDF)

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2006

Rapport final
du Groupe
de travail sur
la mise en œuvre
de l'Agence

De la *vision* à *l'action:*

Un plan pour établir l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé

Mars 2006

Ce rapport prend appui sur le rapport du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence intitulé *Partir sur de nouvelles bases : un plan pour établir en Ontario une agence de santé publique, Première partie, octobre 2005.*

Lien :
http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/agency_05f/agency_05f.pdf

ISBN 1-4249-0099-9 (version imprimée)
ISBN 1-4249-0100-6 (version PDF)
© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario

106-05216/

Table des matières

Membres du Groupe de travail sur la mise en oeuvre de l'Agence iii
Remerciements iii
Lettre d'acheminement v
Liste des acronymes vi
Sommaire 1
Recommandations 11
Chapitre 1 Ouvrir la voie 17
Chapitre 2 Gouvernance et responsabilité 33
Chapitre 3 Coordination et interministérielle 42
Chapitre 4 Démarche organisationnelle 48
Chapitre 5 Compétence législative 62
Chapitre 6 Laboratoires de santé publique de l'Ontario 64
Chapitre 7 Soutien dans les situations d'urgence et dans les urgences déclarées 71
Chapitre 8 Mise en place progressive 77

Annexe

Annexe 1 Mandat du Groupe de travail pour la mise en œuvre de l'Agence 84
Annexe 2 Mandat du Groupe de référence 86
Annexe 3 Mandat du sous-comité de la recherche et du transfert des connaissances 88

Références Bibliographiques 91

List of Figures

Tableau 1 Aperçu des organismes spécialisés en santé publique dans le monde. 20
Tableau 2 Démarche opérationnelle 23
Tableau 3 Calendrier de dépôts des plans et rapports de l'Agence 35
Tableau 4 Proposition de structure de gouvernance 36
Tableau 5 Rôles et responsabilités 43
Tableau 6 Rôle du médecin hygiéniste en chef 44
Tableau 7 Mécanismes d'élaboration du plan stratégique triennal de l'Agence 45
Tableau 8 Proposition de concept organisationnel 49
Tableau 9 Fonctions, domaines de spécialisation et clients 51
Tableau 10 Laboratory Services in Public Health Agencies 68
Tableau 11 Revitalisation du système de laboratoires de santé publique de l'Ontario 67
Tableau 12 Jalonnement des priorités recommandées dans le cadre du démarrage de l'Agence 78
Tableau 13 Premières initiatives suggérées que l'Agence pourrait entreprendre 80

Membres du Groupe de travail sur la mise en oeuvre de l'Agence

COPRÉSIDENTS

Geoff Dunkley
Ancien médecin hygiéniste adjoint au Service de santé publique d'Ottawa

Terry Sullivan
Directeur général d'Action Cancer Ontario

MEMBRES

Michael Christian
Chargé de cours sur les maladies infectieuses et les soins médicaux d'urgence à l'Université McMaster

Donald Cole
Professeur agrégé en sciences de la santé publique à la faculté de médecine de l'Université de Toronto

Ken Deane
Directeur général du Centre de santé St-Joseph à Toronto

Mae Katt
Infirmière praticienne au centre de santé communautaire Anishnawbe Mushkiki de Thunder Bay

Alan Meek
Professeur au Collège de médecine vétérinaire de l'Ontario à l'Université de Guelph

David L. Mowat
Sous-administrateur en chef de la santé publique responsable des initiatives de santé publique et des opérations régionales à l'Agence de santé publique du Canada

Linda O'Brien-Pallas
Professeure à la faculté de sciences infirmières de l'Université de Toronto

Ruth Sanderson
Épidémiologiste au bureau de santé de Middlesex-London

Andrew Simor
Chef du service de microbiologie médicale au centre des sciences de la santé Sunnybrook et Women's College

Penny Sutcliffe
Médecin hygiéniste et directrice générale du bureau de santé de Sudbury et du district

Ron Yamada
Fondateur et vice-président directeur (retraité) de la société MDS Inc.

Jennifer Zelmer
Vice-présidente de la recherche et de l'analyse à l'Institut canadien d'information sur la santé

Remerciements

Le Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence est reconnaissant du soutien que lui a apporté la Direction de la planification stratégique et de la mise en oeuvre de la Division de la santé publique au ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Le Groupe de travail aimerait aussi saluer les groupes ci-après pour leurs précieuses observations :

- L'Institut national de santé publique du Québec
- Le British Columbia Centre for Disease Control
- Les participantes et participants aux tables rondes et les membres du Groupe de référence du Groupe de travail sur la mise en oeuvre de l'Agence

Lettre d'acheminement

Dre Sheela Basrur **Mars 2006**
Médecin hygiéniste en chef et sous-ministre adjointe
Division de la santé publique, ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Édifice Hepburn, 11e étage
80, rue Grosvenor
Toronto (Ontario) M7A 1R3

Docteure Basrur,

Le Groupe de travail sur la mise en oeuvre de l'Agence est heureux de présenter son rapport final. Ce rapport résume le meilleur avis possible du Groupe de travail sur la mise en œuvre d'une agence de santé publique de l'Ontario.

Le Groupe de travail recommande d'adopter le nom *Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé* (désignée dans ce rapport par « l'Agence »). Le nom proposé est utilisé partout dans le rapport.

Nous avons présenté la première partie de notre rapport en octobre 2005. Cette partie fournissait les bases sur lesquelles le gouvernement pouvait commencer à développer l'Agence. Ce rapport final réitère le besoin d'avancer rapidement et il comprend un survol de la première partie du rapport de 2005 sur laquelle il table pour présenter ces recommandations finales concernant la structure de fonctionnement de l'Agence, son modèle de gouvernance et sa mise en œuvre progressive.

Le rapport met en lumière la façon dont l'Agence pourrait assumer une importante fonction d'aide dans le cadre général de la gestion des situations d'urgence. Le rapport présente également notre avis sur les approches qui visent à moderniser et à aligner le rôle crucial des laboratoires de santé publique de l'Ontario à la structure générale de l'Agence et à la structure de gouvernance proposée et suggère des mécanismes qui visent à assurer une coordination efficace entre les ministères et l'Agence.

Les arguments en faveur de la création d'une agence de santé publique pour l'Ontario sont concluants. Ils ont été développés par le Dr David Walker, le juge Archibald Campbell, le Dr David Naylor et de nombreuses autres personnes et ils nous ont fréquemment été réitérés au cours des processus de soumission, de présentation et des séances d'échange d'opinions que le Groupe de travail a réalisés à travers tout le spectre des soins de santé.

L'établissement d'une agence spécialisée en protection et en promotion de la santé pour l'Ontario marquera un jalon dans la reconstruction du système de santé publique dans cette province.

Nous félicitons le ministre de la Santé et des Soins de longue durée et le gouvernement de l'Ontario d'avoir pris l'engagement historique de créer une agence de santé publique et nous sommes fiers d'avoir eu l'occasion de contribuer à ce processus. Nous remercions celles et ceux qui nous ont précédés dans ce travail ainsi que les nombreuses personnes et organisations qui ont pris le temps de nous fournir avis et orientation. Nous tenons aussi à souligner le travail du personnel dévoué de la Direction de la planification stratégique et de la mise en œuvre qui nous a offert son aide, son soutien et son énergie.

Nous nous réjouissons à l'idée de voir l'Agence de protection et promotion de la santé de l'Ontario s'installer dans le paysage public de l'Ontario et commencer à renforcer notre capacité collective de protéger et de promouvoir la santé de tous les Ontariens.

Veuillez agréer l'expression de nos sentiments les meilleurs.
Les membres du Groupe de travail sur la mise en oeuvre de l'Agence

c. c. : L'honorable George Smitherman, ministre de la Santé et des Soins de longue durée
L'honorable Jim Watson, ministre de la Promotion de la santé

Geoff Dunkley (coprésident) Terry Sullivan (coprésident) Michael Christian Donald Cole Ken Deane

Mae Katt Alan Meek David L. Mowat Linda O'Brien-Pallas Ruth Sanderson

Andrew Simor Penny Sutcliffe Ron Yamada Jennifer Zelmer

Liste des acronymes

ACO	Action Cancer Ontario
ASPC	Agence santé publique du Canada
ASPO	l'Agence et L'Association pour la santé publique de l'Ontario
BCCDC	British Columbia Centre for Disease Control
BSGSU	Bureau de soutien à la gestion des situations d'urgence
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CNC	Centre national de collaboration
CDG	Chef de la direction générale
CCPMI	Comité consultatif provincial des maladies infectieuses
CDGSU	Comité de direction de la gestion des situations d'urgence
DA	Directeur administratif
ERV	Enterococcus résistant à la Vancomycine
GSUO	Gestion des situations d'urgence Ontario
GTMOA	Groupe de travail sur la mise en oeuvre de l'Agence
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IRCS	Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada
IRSC	Institut de recherche en santé du Canada
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ICES	Institute for Clinical and Evaluative Sciences
LNM	Laboratoire national de microbiologie
LSPO	Laboratoires de santé publique de l'Ontario
MEQA	Modèle d évaluation de la qualité de l'air
MPS	Ministère le la Promotion de la santé
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
MSCSC	Ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels
ONG	Organisme non gouvernemental
REDSP	Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique
PE	Protocole d'entente
PHERO	Public Health and Epidemiology Report Ontario
CORPS	Réseau des centres ontariens de ressources en promotion de la santé
RICN	Réseau régionaux de contrôle des infections
RLISS	Réseau local d'intégration des services de la santé
RNCI	Réseau régional de contrôle des infections
RPS	Reseignment personnels sur la santé
S-MA	Sous-ministre adjoint
SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline
SIL	Système d'information de laboratoire
SILO	Système d'information de laboratoire de l'Ontario
SGI	Système de gestion des incidents
SIISP	Système intégré d'information sur la santé publique
UES	Unité d'enquete sur la santé
UGSU	Unité de gestion des situations d'urgence

Sommaire

L'Ontario a entendu les appels qui, de façon consistante et remarquablement raisonnable, ont été adressés à la province afin qu'elle renforce son système de santé publique, localement et centralement. De nombreux et importants travaux ont influencé et étoffé le travail du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence (GTMOA) :

- Le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. *Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada* (Rapport Naylor) [1];
- La Commission sur le SRAS. *Rapport provisoire – Le SRAS et la santé publique en Ontario.* (Premier rapport provisoire du juge Archie Campbell) [2];
- Le Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario. *Pour le bien de la santé publique : Un plan d'action – Rapport final du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario.* (Rapport Walker) [3];
- Le Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario. *Pour le bien de la santé publique : Rapport final du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario.* (Rapport Walker) [4];
- Le Rapport d'examen de la réglementation et de l'inspection des viandes. *De la ferme à la fourchette : Une stratégie intégrale pour la salubrité des viandes en Ontario.* (Rapport du juge Roland Haines) [5];
- Le Rapport du Comité d'experts sur l'éclosion de la maladie du légionnaire dans la ville de Toronto, septembre / octobre 2005, *Report Card: Progress on Protecting the Public's Health* (Walker)[6];
- Le Rapport annuel 2005 du médecin hygiéniste en chef à l'intention de l'Assemblée législative de l'Ontario, *Établir des assises solides pour la construction d'un système de santé publique robuste au bénéfice des Ontariennes et des Ontariens*[7].

En juin 2004, le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) a publié un rapport intitulé *Opération protection de la santé : Un plan d'action visant à prévenir les menaces d'ordre sanitaire et à promouvoir la santé en Ontario.*[8] Ce rapport répondait à un certain nombre de recommandations clés issues du Rapport Walker et du premier rapport provisoire Campbell sur le SRAS. Par l'intermédiaire de l'Opération Protection de la santé, le gouvernement s'est engagé à mettre en oeuvre une série de mesures destinées à renforcer la capacité de l'Ontario dans de nombreux domaines y compris dans le développement et la mise sur pied d'une nouvelle agence de santé publique.

En janvier 2005, le MSSLD instaure le Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence (GTMOA) afin de fournir des conseils sur la création d'une agence de santé publique, de valider à cet effet un mandat et une structure d'agence, et de fournir un plan de mise en oeuvre orienté à accroître les capacités dans les secteurs de la protection et de la promotion de la santé. La création de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (désignée dans ce rapport par « l'Agence ») représente une occasion unique de bâtir une organisation qui permettra d'accroître la confiance du public dans la capacité renouvelée du système de santé publique à promouvoir et à protéger la santé des citoyens et citoyennes. L'Agence est une composante fondamentale de la réforme du système de santé publique. Elle ne représente toutefois pas une fin en soi et elle devrait plutôt être considérée comme faisant partie de l'ensemble des efforts actuels en matière de réforme du système de santé publique.

Le GTMOA a axé sa démarche sur une série d'approches parmi lesquelles l'analyse documentaire, l'analyse interorganisationnelle et l'examen des pratiques exemplaires en vigueur dans plusieurs secteurs. Le GTMOA a obtenu des conseils et de l'orientation de la part de dirigeants nationaux et internationaux travaillant dans des agences de santé publique ainsi qu'auprès de nombreux groupes et associations de santé publique et de soins de santé.

Nous tenons à remercier l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et le British Columbia Centre for Disease Control (BCCDC) pour les conseils et l'aide qu'ils nous ont fournis. Nous avons aussi bénéficié de la participation d'un représentant de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) au Groupe de travail sur la mise en oeuvre de l'Agence. Les exemples fournis par ces organismes et les leçons que nous en avons retirées ont été précieux et nous ont aidés à former notre pensée. Ils ont également contribué à renforcer notre point de vue au sujet de la grande importance de mettre sur pied une agence de santéen Ontario et ils nous ont fait comprendre que cette démarche n'est pas uniquement souhaitable pour l'Ontario, mais aussi pour l'ensemble du Canada.

L'examen des modèles et des pratiques exemplaires nationales et internationales n'a toutefois éclairé qu'un aspect de l'ensemble. Nous avons également tenté de mieux comprendre et de mieux répondre aux besoins recensés ici en Ontario. Nous avons examiné dans le détail les lacunes particulières détectées au niveau local et étudié les conclusions de ce processus. Nous avons surtout examiné avec rigueur les besoins locaux en matière de formation, de développement professionnel, d'outils et de soutien. Nous sommes reconnaissants à tous ceux et celles qui ont contribué à étoffer notre travail et nous tenons à souligner que ces consultations ont influé de façon significative sur nos travaux.

Depuis l'éclosion du SRAS, beaucoup de choses ont changé en matière de santé publique, de gestion des urgences et dans l'évolution du cadre de fonctionnement et de l'organisation du système de santé dans son ensemble. Le GTMOA a tenu compte de ces changements et il a voulu éviter de ne recommander des actions qu'en fonction de ce qui était ou n'était pas en place au printemps et en été 2003.

C'est en 2003 que les changements ont commencé à être mis en œuvre, et que d'évidentes améliorations ont été apportées aux structures et aux processus avec l'intention de renforcer les capacités en matière de santé publique et contrôle des infections ainsi que la capacité d'intervention dans les situations d'urgence. Il est essentiel pour la santé des Ontariens que ce rythme puisse être soutenu dans les années à venir.

L'Agence représente une occasion d'optimiser les progrès réalisés à ce jour puisqu'elle enrichit d'une composante essentielle les efforts actuels en matière de réforme et de renouvellement du système de santé publique. L'Agence est une composante clé de ces efforts.

En bout de ligne, nous aurons atteint notre objectif si notre capacité collective à accéder en temps voulu à des outils, à de l'aide, ou à des conseils crédibles et à un savoir fondé sur les preuves s'accroît par le biais du travail de l'Agence à l'intérieur de sa propre sphère de compétence.

La première partie du rapport *Partir sur de nouvelles bases : Un plan pour établir en Ontario une agence de santé publique* (octobre 2005)[9] propose un mandat, une vision, une mission et des valeurs fondamentales pour l'Agence.

Mandat

Fournir des conseils scientifiques et techniques aux personnes qui oeuvrent en faveur de la protection et de la promotion de la santé des Ontariennes et des Ontariens.

Vision

Nous constituerons un centre d'expertise reconnu dans le monde entier, consacré à la promotion et à la protection de la santé de toutes les Ontariennes et les Ontariens, grâce à l'application et à l'avancement de la science et du savoir.

Mission

Nous répondons du soutien accordé aux fournisseurs de soins de santé, au système de santé publiques et au gouvernement dans le cadre de prises de décisions informées et de la mise en œuvre de measures éclairées visant l'amélioration de la santé et de la securité de la population de l'Ontario, au moyen de conseils et d'outils pratiques, transparents et opportuns de nature scientifique and crédible.

Valeurs fondamentales

- Réactivité
- Pertinence
- Crédibilité
- Collaboration
- Innovation

Le rapport final du GTMOA développe la première partie du rapport et approfondit les aspects suivants :

- La gouvernance et la responsabilité.
- La coordination entre l'Agence et le MSSLD et entre l'Agence et les autres ministères.
- La démarche organisationnelle.
- Les compétences législatives.
- Les laboratoires de santé publique de l'Ontario.
- Le soutien dans les situations d'urgences et dans les urgences déclarées.
- Une mise en place progressive.

Démarche opérationnelle

Pour exécuter efficacement son mandat, l'Agence devrait mettre en place de vastes connexions et affiliations avec des partenaires dans les secteurs clés. L'Agence devrait, selon qu'il sera approprié, établir des partenariats formels, avec le milieu universitaire, les instituts de recherche, les organisations non gouvernementales et les organismes clés du secteur de la santé.

Bien qu'il reviendrait au conseil d'administration de l'Agence de définir la meilleure façon de structurer les ententes de partenariat avec les institutions concernées, nous croyons qu'il y a de nombreux principes et éléments dont il conviendrait de tenir compte :

- Le GTMOA propose que les principes de clarté, crédibilité, transparence, fonctionnalité, avantages mutuels, l'accent sur les résultats, et des dispositions de retrait claires guident le développement des partenariats de l'Agence.
- Le GTMOA a mis en relief un certain nombre d'éléments clés qui sont à la base des partenariats réussis et a identifié plusieurs partenariats prioritaires qui devraient être établis dès les premiers pas de l'Agence, et ce, afin qu'elle puisse réaliser son mandat.

Bien qu'au niveau national un nombre croissant d'approches virtuelles hautement décentralisées soit mises en oeuvre pour développer des instituts de recherche et des alliances, le nombre de fonctions que l'Agence devra assumer et les liens solides qu'elle devra développer limitent naturellement son degré de décentralisation.

Le GTMOA estime que l'Agence doit avoir une présence physique solide et permanente au cœur du centre-ville de Toronto afin de pouvoir offrir aux ministères partenaires, au Médecin hygiéniste en chef et à l'Unité de gestion des situations d'urgence (UGSU) un accès pratique au vaste ensemble de ressources disponibles dans les domaines médicaux, scientifique et de la recherche.

En accord avec sa philosophie qui consiste à optimiser les capacités et les infrastructures existantes, et compte tenu de la nécessité de garantir que le travail de l'Agence couvre les besoins dans l'ensemble de la province, le GTMOA recommande également que l'Agence favorise une approche coordonnée axée sur l'établissement de liens et sur l'amélioration du travail par le biais des Réseaux régionaux de contrôle des infections et les réseaux régionaux des secteurs de la recherche et de l'échange de connaissances qui ont été proposés. La mise en place de tels liens permettrait d'assurer que les fonctions et le mandat de l'Agence répondent de façon continue aux besoins de l'ensemble de l'Ontario.

Gouvernance et responsabilité

Pour mettre au point les structures de gouvernance et de responsabilité qu'il propose pour l'Agence, le Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence a étudié les modèles de gouvernance de plusieurs agences de santé publique dans d'autres administrations et en a examiné les meilleures pratiques à partir de directives et de

documents récents. Le Groupe a aussi analysé les expériences de plusieurs autres organismes de la province.

Pour avancer vers l'objectif de créer un fournisseur crédible et non partisan de conseils scientifiques et techniques, le GTMOA recommande que le lien entre l'Agence et le gouvernement soit axé sur le principe de l'autonomie. À cet effet, le GTMOA recommande que l'Agence soit créée par le biais d'une mesure législative particulière et soit établie en tant qu'agence de la Couronne. Cette approche est consistante avec l'approche favorisée au Québec ainsi que par les gouvernements de Finlande, du R.-U., d'Irlande et dans un nombre grandissant d'autres pays européens.

Le succès d'une agence de ce type n'est toutefois pas essentiellement une question de compétence législative, car, ainsi que l'a justement observé le juge Campbell, sa crédibilité reposera principalement sur son autorité morale[10]. L'Agence obtiendra l'autonomie à laquelle elle aspire en consolidant au fil du temps le sentiment de confiance de la part des ministères partenaires et du secteur élargi des communautés de la santé publique et des soins de santé.

L'Ontario doit donc en premier lieu pratiquer une bonne gouvernance et gestion de l'Agence et établir clairement les attentes et les responsabilités. Dans cet objectif, nous avons proposé un éventail de mesures spécifiques orientées à permettre une gouvernance efficace.

En tant qu'éléments constitutifs d'un cadre général, une solide gouvernance et des mécanismes de responsabilité définis, la clarté dans les processus de communication et de coordination et dans la définition des fonctions d'aide dans les situations d'urgence sont cohérentes avec le principe d'autonomie à l'égard du gouvernement. Ces composantes font en effet partie du nécessaire processus de construction de la confiance entre partenaires et elles permettent que l'autonomie scientifique et les exigences liées au fonctionnement des multiples ministères partenaires et des partenaires externes puissent coexister dans l'efficacité.

En tant qu'agence rattachée au MSSLD, L'Agence devrait soumettre des rapports annuels et s'engager à rendre ces rapports publics en y informant des liens entre son financement et les résultats et objectifs établis dans ses plans. Les ententes détaillant les rôles et responsabilités de l'Agence et du MSSLD devraient être établies sous forme de protocoles d'ententes (PE) sujettes à révision régulière de la part des deux parties afin d'en assurer une pertinence et une précision continues.

Le conseil d'administration

Le GTMOA doit veiller à ce qu'un conseil d'administration axé sur les compétences soit nommé pour diriger l'Agence. Le Conseil devrait être légalement responsable et imputable pour l'ensemble des activités administratives de l'Agence et il devrait :

- Donner à l'organisation une orientation stratégique;
- Garantir la mise en application des plans stratégiques comportant les priorités provinciales et les besoins identifiés en consultation avec le secteur ainsi que le respect des contrôles portant sur l'imputabilité financière;
- Effectuer pour l'Agence la sélection, le recrutement et l'examen du rendement du ou de la chef de la direction générale;
- Faire rapport au MSSLD par l'entremise du président du conseil d'administration;
- Présenter des rapports annuels au MSSLD et en fournir des copies au ministère de la Promotion de la santé;

Le GTMOA recommande que les membres du conseil d'administration soient choisis par le moyen d'un processus ouvert et transparent. Le GTMOA suggère qu'un appel de demandes soit lancé pour former une longue liste de candidats potentiels qui seraient présélectionnés en fonction d'un ensemble défini de compétences. À partir d'une liste de candidats retenus, un comité de sélection recommanderait alors au ministre de la Santé et des Soins de longue durée un certain nombre de candidats qui pourraient ensuite être officiellement nommés au conseil.

Pour fonder l'Agence, le GTMOA recommande qu'un noyau de cinq à sept membres soit formé. Ce noyau initial serait par la suite élargi pour former un Conseil complet de treize personnes.

Il faudrait effectuer une présélection des candidats pour garantir que les membres choisis possèdent un ensemble de compétences de bases portant sur le travail au sein d'un conseil d'administration et incluant un niveau de compréhension approprié de la gouvernance, des questions financières et légales ainsi que la capacité de travailler au sein d'une équipe et de réfléchir de façon stratégique. Outre ces compétences de base, les personnes qui choisiront les membres du conseil

d'administration doivent également veiller à ce que la composition du futur Conseil inclue des membres qui aient des compétences *spécialisées* en matière de santé publique et d'organisation de systèmes de santé. Le GTMOA recommande aussi qu'un siège soit réservé sur le conseil d'administration à un représentant du public qui posséderait les compétences de base indiquées plus haut.

Le Conseil devrait également être responsable d'engager une présidente-directrice générale ou un président-directeur général qui agirait en tant qu'administratrice ou administrateur des opérations et chef de la direction générale de l'Agence et qui rendrait des comptes au conseil d'administration. Le ou la chef de la direction générale devrait posséder des compétences essentielles alliées à des qualités de leardership dans le secteur de la science, de la santé, ou de la santé publique, et la capacité de favoriser les partenariats avec le milieu universitaire et de jouer le rôle de champion de la promotion de l'Agence.

Le GTMOA recommande vivement que le médecin hygiéniste en chef participe aux processus de présélection et de sélection de la première présidente-directrice générale ou du premier président-directeur général. La relation de travail qui se développera entre ce ou cette dirigeante et le médecin hygiéniste en chef est une condition à l'édification réussie et harmonieuse de l'Agence. Elle constitue un facteur de première importance dans l'expérience de toutes les organisations qui ont un modèle de fonctionnement autonome, sans égard à leur structure juridique.

Le GTMOA recommande la mise en place de quatre comités permanents qui fourniraient au conseil d'administration des conseils en matière de planification stratégique, de consultation scientifique, de vérification et de gouvernance. Le comité de gouvernance ne devrait comprendre que des membres du conseil d'administration, mais les autres comités pourraient être composés de membres et de non membres du conseil. Le rapport détaille la logique qui sous-tend cette approche et le rôle et les fonctions éventuelles de chacun de ces comités.

Le GTMOA recommande que le médecin hygiéniste en chef participe aux réunions du conseil d'administration et soit membre du comité de la planification stratégique afin de créer un lien officiel solide entre les ministères provinciaux et le conseil d'administration. Bien que nous prévoyons que le conseil d'administration fonctionnera sur le mode du consensus, le médecin hygiéniste en chef ne devrait pas y avoir le droit de vote. Le rôle actuel ou potentiel du médecin hygiéniste en chef dans l'approbation du financement ou la direction des activités de l'agence dans les situations d'urgence indique qu'il est pertinent de préserver un certain degré d'autonomie.

Coordination intraministérielle et interministérielle

Le GTMOA reconnaît que le mandat et les domaines de spécialisation proposés pour l'Agence peuvent intéresser plusieurs ministères (p. ex. les ministères de la Promotion de la Santé, de l'Environnement, du Travail, de l'Agriculture, de l'Alimentation et des Affaires rurales, le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse et le ministère de la Recherche et l'Innovation). Nous nous attendons à ce que l'Agence soit souvent appelée à réaliser un travail qui s'étendra au-delà des structures traditionnelles des ministères. Cela est dû en partie au fait que plusieurs ministères sont reliés de façon directe au secteur de la santé publique en Ontario.

Dans un tel contexte il est nécessaire de mettre au point des structures et des cadres de fonctionnement qui permettront un échange efficace de données et de communications interministérielles. Dans cet objectif, le GTMOA recommande qu'une série de mécanismes de coordination soient mis en place par le biais du poste de médecin hygiéniste en chef afin de permettre l'apport des ministères en matière d'établissement des priorités et dans le processus de planification stratégique de l'Agence.

Bien qu'il soit essentiel que l'Agence développe des liens avec les nombreux ministères partenaires, il est tout aussi important qu'il y ait un centre de responsabilité unique attribué à un seul ministre désigné à cette fin. Dans cette optique, nous recommandons que l'Agence fasse rapport par l'entremise du président du Conseil au ministre de la Santé et des Soins de longue-durée et que ce dernier rende compte des activités de l'Agence au pouvoir législatif.

Nous reconnaissons l'importance du rôle du ministère de la Promotion de la santé, car son travail est en de nombreux points axé sur la promotion de la santé et la lutte contre les maladies chroniques et les blessures. Dans ce contexte, le médecin hygiéniste en chef qui assume les fonctions de sous-ministre adjoint au MSSLD et au ministère de la Promotion de la santé représente un lien logique entre les deux ministères et l'Agence.

Le médecin hygiéniste en chef devrait aussi être chargé de coordonner les données et les conseils provenant des autres ministères par le biais d'un comité interministériel élargi. Ce comité coordonnerait les demandes initiatives et de projets qui sont cohérents avec le mandat de l'Agence et en établirait les priorités afin de les soumettre à l'Agence pour que celle-ci les intègre à son plan stratégique.

Données de terrain

Dans l'objectif d'harmoniser les initiatives prioritaires, le GTMOA recommande de concevoir un ensemble de mécanismes visant à garantir l'apport de données en provenance du terrain et leur incorporation au plan stratégique de l'Agence (les bureaux de santé publique et les fournisseurs de soins de santé). Ces mécanismes incluraient l'établissement de liens officiels avec les nouveaux Réseaux régionaux de contrôle des infections et la création d'un réseau coordonné permettant l'échange des connaissances et des formations en santé publique. Pour compléter ces approches, il conviendrait de définir des moyens de permettre l'introduction directe de suggestions à l'établissement des priorités.

Démarche organisationnelle

Le GTMOA recommande que l'Agence ait un rôle clairement défini et focalisé sur un éventail d'activités déterminées et que les ministères concernés continuent d'être responsables de :

- L'élaboration des politiques.
- La surveillance de la conformité des lignes directrices touchant les programmes et les services de santé obligatoires[11].
- La planification des ressources humaines.
- La gestion des situations d'urgence.
- Les communications générales.
- Le financement des bureaux de santé publique et autres installations de soins de santé.
- Un lien fédéral-provincial formel avec Santé Canada et l'ASPC
- L'établissement des normes.
- Les questions légales et réglementaires.

Pour servir sa clientèle principale composée de fournisseurs de soins de santé, bureaux de santé publique et ministères partenaires, le GTMOA considère l'attribution à l'Agence de cinq rôles dans trois domaines de spécialisation et dans un domaine transversal.

Fonctions :

Surveillance et épidémiologie

- Recherche
- Échange de connaissances
- Services de laboratoire
- Perfectionnement professionnel
- Communications

Domaines de spécialisation :

- Maladies infectieuses incluant la prévention et le contrôle des infections.
- Promotion de la santé, et prévention des maladies chroniques et des blessures.
- Santé environnementale.

Thème transversal :

- Aide dans la gestion des situations d'urgence.

Dans chaque domaine de spécialisation et dans le cadre de chacune de ses fonctions, l'Agence devrait axer ses démarches sur :

- La fourniture de l'accès à un guichet unique d'expertises (une question de sens commun).
- La conversion de la science et de la recherche en outils pratiques et en information utilisable (en langage courant).
- Le soutien à la collaboration et à l'échange des informations et la mise en commun des pratiques exemplaires dans les communautés existantes et émergentes de praticiennes et de praticiens.

L'agence devrait jouer un rôle dans la communication des risques en mettant un accent particulier sur la redéfinition des approches dans le but de communiquer de façon efficace des informations scientifiques et médicales adaptées aux besoins concrets de l'usager et de contribuer à la prise de décisions sur les plans local et provincial.

Compétence législative

La Loi sur la protection et la promotion de la santé[12] établit les responsabilités des bureaux locaux de la santé et des médecins hygiénistes locaux en matière de gestion des programmes et des services de santé publique, en application de la *Loi* sur la protection et la promotion de la santé. Par ailleurs, cette *Loi* accorde aux médecins hygiénistes locaux des pouvoirs qui leur permettent de réaliser des actions visant à réduire ou à contrôler les risques pour la santé humaine. La *Loi* définit aussi l'obligation de déclaration des maladies désignées

au Bureau de santé publique et au ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Le GTMOA réaffirme l'importance du rôle joué par les médecins hygiénistes locaux et appuie fermement l'idée selon laquelle il faut continuer à gérer la santé publique et la réponse à l'apparition de maladies et aux menaces pour la santé au niveau local en premier lieu. Le rôle de l'Agence ne devrait pas affaiblir les structures existantes, mais au contraire les soutenir et les renforcer et appuyer les interventions locales lorsque cela est nécessaire.

De façon collective, notre première cible devrait être de renforcer notre capacité à prévoir et à prévenir les menaces à notre santé avant qu'elles ne se concrétisent et de les contenir localement lorsqu'elles apparaissent. Dans cette perspective,il est primordia l de s'assurer que la législation existante est claire et mise à jour.

À cet égard, nous sommes conscients du travail d'envergure qu'à réalisé le juge Campbell dans le but de faire ressortir les lacunes et les failles dans les pouvoirs accordés aux médecins hygiénistes et de leur faciliter ainsi la conformité avec la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* et l'exécution de leur mandat.[13] Nous n'estimons toutefois pas qu'il faille créer des mesures dérogatoires particulières pour que l'Agence puisse traiter ces lacunes.

Dans le second Rapport intérimaire de la Commission sur le SRAS, le juge Campbell a demandé qu'ait lieu un nécessaire examen des pouvoirs et des fonctions des médecins hygiénistes et du médecin hygiéniste en chef en application de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.[14] Ce travail est important, et il doit être fait. C'est par le biais d'une telle révision complète du cadre législatif de la santé publique que la question plus générale de l'équilibre des pouvoirs locaux et provinciaux devrait se régler.

Nous ne recommandons pas l'adoption d'une approche improvisée au partage des pouvoirs entre le médecin hygiéniste en chef, le MSSLD et l'Agence. Le GTMOA estime plutôt que l'accent devrait être mis sur l'assurance que les exigences imposées aux bureaux de la santé et les pouvoirs détenus par les médecins hygiénistes, le médecin hygiéniste en chef et le ministre sont appropriés. À cette fin, les exigences courantes en matière de reddition de comptes énoncées dans *Loi sur la protection et la promotion de la santé* devraient être maintenues et l'Agence devrait fournir des appuis complémentaires sur le plan analytique, technique et du terrain, suivant les besoins.

Le GTMOA recommande également que, par des mesures légales et des moyens contractuels, le médecin hygiéniste en chef soit autorisé à mobiliser les ressources de l'Agence afin d'aider à traiter les questions urgentes et émergentes lorsqu'elles correspondent au mandat de l'Agence et lorsque, suivant l'avis du médecin hygiéniste en chef, les compétences du personnel de l'Agence sont sollicitées.

À cette fin, nous recommandons que l'Agence soit dotée en personnel afin de pouvoir fournir un soutien direct au terrain advenant des situations urgentes, selon les directives du médecin hygiéniste en chef ou par l'intermédiaire du Comité de direction de la gestion des situations d'urgence qui opère dans le contexte provincial général. En cas de déploiement sur le terrain, l'Agence s'intégrera à la ligne hiérarchique établie par le système de gestion des incidents (SGI). Dans l'objectif d'officialiser le pouvoir du médecin hygiéniste en chef de diriger l'Agence lors de déploiements d'urgence et dans les circonstances complexes, nous recommandons que ce pouvoir soit inscrit dans la loi fondamentale de l'Agence par le biais du protocole d'entente et de moyens légaux et contractuels appropriés.

Laboratoires de santé publique de l'Ontario

Le médecin hygiéniste en chef, Dre. Sheela Basrur, a souligné dans son rapport de 2005 au Parlement que « L'espoir sans doute le plus réaliste dans la mise à niveau du laboratoire de santé publique réside dans l'engagement de l'Ontario de constituer sa propre Agence de santé publique »[15].

Le GTMOA appuie la déclaration de Dr Basrur et estime que le fait de confier la responsabilité opérationnelle des laboratoires de santé publique de l'Ontario à l'Agence est essentiel puisque cela aidera à surmonter les obstacles récurrents et bien documentés auxquels sont confrontés depuis quelques années les laboratoires de santé publique.

En premier lieu, nous pensons que l'incorporation proposée des fonctions des laboratoires de santé publique à l'Agence répond au besoin organisationnel d'une d'une interrelation plus développée, entre d'une

part les laboratoires de santé publique et de l'autre les fonctions élargies de surveillance et d'épidémiologie du système de santé publique et de lutte contre les maladies infectieuses.

En second lieu, nous estimons que la relocalisation de services ciblés du Laboratoire central de santé publique de leurs installations actuelles vers un site central qui serait celui de l'Agence répondrait, au moins en partie, aux problèmes posés par le vieillissement des installations du Laboratoire central. Ainsi que nous le proposons dans la première partie du rapport, la location conjointe offre une occasion de moderniser l'installation physique des laboratoires tout en contribuant à ramener ses fonctions à un niveau plus structuré d'interactions avec la communauté de la recherche dans son ensemble et avec les fonctions connexes de l'Agence.

Enfin, nous croyons que l'augmentation de la capacité limitée qu'ont les laboratoires de santé publique d'attirer et de retenir un personnel qualifié en microbiologie, génétique et autres disciplines dépend de l'amélioration de la promotion de l'excellence en recherche et de l'appui dont bénéficiera cette démarche. Il est importe aussi que l'Agence bénéficie d'un emplacement et d'un mandat qui lui permettra d'attirer des employés possédant l'éventail des compétences recherchées. Le transfert vers une agence dotée d'un rôle clair en matière de recherche et d'innovation ne peut que favoriser cet effort.

Le GTMOA recommande la mise en place progressive du transfert de l'ensemble des laboratoires de santé publique de l'Ontario vers l'Agence d'ici la fin 2008. Il est évident que la démarche de recentralisation et de modernisation des capacités des laboratoires de santé publique ne peut s'effectuer par le moyen de mesures partielles qui ne viseraient que les fonctions du Laboratoire central. Nous croyons que l'amélioration du fonctionnement des laboratoires régionaux et l'appui qui leur sera fourni dans le cadre d'un système intégré représente la bonne approche et qu'elle permettra d'éviter le danger que représenterait la fragmentation du réseau des laboratoires.

Le cheminement vers cette transition devrait commencer immédiatement afin de garantir que l'intégration des services et du personnel des laboratoires se fasse d'une façon organisée et qui minimise les possibilités de perturbation des services. Cette transition doit être entreprise sur la base d'étapes gérables qui tiennent compte du besoin de continuité. Nous soulignons également la nécessité d'élaborer un plan de transition qui soit satisfaisant pour toutes les parties. Dans cette perspective, nous recommandons la mise sur pied d'une équipe qui soit officiellement responsable de la transition afin que celle-ci s'effectue rapidement. Cette équipe devrait pouvoir faire appel à de l'aide extérieure lorsque cela s'avère nécessaire. Le GTMOA a également préparé une liste des éléments essentiels de la pré-transition ce qui permettra d'entamer dès que possible le processus proposé de transition en trois étapes.

Soutien dans les situations d'urgence et dans les urgences déclarées

En ce qui concerne aide à la gestion des situations d'urgence, le GTMOA a passé énormément de temps à définir la place que doit prendre l'Agence dans la structure générale de la gestion des situations d'urgence.

Le rôle spécifique que joue Gestion des situations d'urgence Ontario en matière de préparation aux situations d'urgence sur le plan provincial a été complémenté par la capacité organisationnelle et de planification du secteur spécifique de la santé et du MSSLD par l'intermédiaire de l'Unité de gestion des situations d'urgence. Cette unité a été créée comme suite à l'apparition du SRAS et elle rend des comptes au médecin hygiéniste en chef. Nous sommes d'avis que le travail de cette unité et sa contribution à l'amélioration de l'état de préparation aux situations d'urgence par le biais de l'accroissement de la capacité de planification du secteur de la santé sont d'une très grande utilité.

Le GTMOA a veillé à s'assurer que l'approche recommandée s'harmonise à la structure existante de gestion des urgences. Dans le contexte de la crise du SRAS, nous avons tous compris que la clarté en matière de responsabilité est cruciale. Dans cette perspective, nous recommandons que dans toute situation d'urgence officielle, l'Agence fonctionne sous la ligne hiérarchique existante et agisse en tant que ressource centrale en matière technique et scientifique qui serait mise à contribution et utilisée suivant les besoins.

Advenant des circonstances qui représenteraient selon le médecin hygiéniste en chef une menace sérieuse ou urgente à la santé humaine, mais qui ne constitueraient pas encore une situation d'urgence déclarée officiellement, nous recommandons que le médecin hygiéniste en chef soit autorisé à faire appel aux

ressources de l'Agence et qu'il puisse requérir son soutien suivant les besoins.

L'Agence ne devrait pas refaire l'important travail que réalise déjà l'Unité de gestion des situations d'urgence. Nous estimons qu'il est très important que ce travail de planification se poursuive au sein du MSSLD. Nous voyons plutôt l'Agence comme un véhicule qui compléterait ces activités en fournissant un accès rapide à un bassin de spécialisations techniques et scientifiques sur une base permanente et continue. Nous voudrions voir se former un partenariat entre l'Unité de gestion des situations d'urgence et l'Agence dans le cadre d'un travail conjoint d'amélioration de la capacité d'analyse du risque et de l'élaboration d'approches à la communication spécialisée. Nous constatons également que de nombreuses possibilités de mettre au point une capacité améliorée de modélisation de la gestion des épidémies et des situations d'urgence s'offrent à l'Agence dans le but de fournir une meilleure orientation aux planificateurs des scénarios d'urgences en matière de santé.

Nous recommandons que le ou la chef de la direction générale soit membre du Comité de direction de la gestion des situations d'urgence du MSSLD et qu'à ce titre,il ou elle agisse dans les situations d'urgence sous sa direction dans le cadre d'un mécanisme d'intervention coordonné et dirigé centralement.

Une mise en place progressive

Dans la dernière partie de notre rapport nos avons tenté de définir une série d'étapes à entreprendre pour constituer l'Agence et pour identifier des secteurs d'activités qui pourraient être traités d'avance durant les trois premières années.

Nous tenons toutefois à souligner que la tâche finale qui consiste à déterminer les priorités et les échéances précises liées aux domaines d'activités concernés devra être entreprise dans le cadre du processus de planification stratégique que nous avons élaboré. En bout de ligne, et compte tenu du modèle proposé, les processus déterminés par le plan stratégique seront nourris par un mécanisme d'apport de données issues des ministères et du terrain. Le GTMOA n'a pas le pouvoir de décider des cinq premières initiatives que lancera l'Agence. C'est un travail qui incombe à d'autres personnes. Le plan présenté dans ce rapport fait ressortir les grandes lignes des activités que l'Agence serait bien positionnée pour entreprendre.

Le financement

Dans le rapport final du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses le Dr David Walker recommandait un budget de fonctionnement de 45 millions de dollars [16] en sus des dépenses de bases liées au fonctionnement des laboratoires. Le Dr Walker a en outre recommandé une affectation pour dépenses en capital de 35 millions de dollars et 3.5 millions de dollars en coûts de conception et développement.

Plusieurs variables externes ne sont pas du ressort du GTMOA et rendent complexes les dernières étapes du financement. Parmi ces variables, il faudrait tenir compte en premier lieu de toutes les décisions et les coûts liés à l'examen officiel des laboratoires de santé publique de l'Ontario. Cet examen serait sur le point d'être terminé. En second lieu, les décisions qui seront prises et le calendrier de la transition des services de laboratoire auront des répercussions importantes sur le budget total. De plus, les examens de projets (par exemple, l'examen du réseau qui est recommandé dans la première partie du Rapport du Réseau des centres ontariens de ressources en promotion de la santé) sont essentiels si l'on souhaite dégager les rôles qui sont actuellement assumés par des organes de promotion de la santé financés par la Province et qui pourraient être, le cas échéant, assumés par l'Agence.

En tenant compte de ces importantes variables, nous recommandons que l'Agence reçoive un financement de base correspondant à la fourchette suggérée par le Dr Walker, mais qui tienne compte des facteurs suivants :

- Les coûts de transition et de modernisation des laboratoires devraient être considérés comme des coûts additionnels, en sus du montant associé au financement de base.
- Les secteurs qui reçoivent un financement spécifiquement attribué à des projets qui correspondent au mandat de l'Agence devraient être examinés en vue de leur transfert ultérieur à la nouvelle organisation. Plus particulièrement, le financement octroyé par l'ASPC au Centre national de collaboration de la mise au point de méthodes et d'outils en santé publique devrait être réassigné à l'Agence d'ici la fin 2007-2008.
- L'Agence devrait pouvoir rechercher des fonds en provenance de tierces parties, particulièrement dans le domaine de la recherche. Elle devrait même être encouragée à le faire pour augmenter son budget de fonctionnement sans impact sur le financement de base provincial.

Conclusion

Pour conclure, nous souhaitons remercier tous ceux et celles qui nous ont fourni conseils, appuis et orientation tout au long de ce processus. Nous avons énormément bénéficié de leur contribution.

La création d'une nouvelle Agence est une énorme entreprise et il faudra du temps pour la réussir. Nous devrons apprendre en chemin, à l'instar de ceux qui nous ont précédés. Il est impossible de connaître toutes les réponses dès aujourd'hui et le GTMOA ne peut d'aucune manière les formuler à l'avance. Lorsque nous considérons rétroactivement la question du SRAS et que nous envisageons les risques auxquels nous pourrions faire face dans les années à venir, nous sommes hors de tout doute convaincus que la création en Ontario d'une agence de protection et de promotion de la santé doit aller de l'avant.

Nous devons former un nouveau partenariat axé sur les objectifs communs des ministères, des fournisseurs de soins de santé et des chercheurs. Cela nous amènera à nous équiper des meilleurs outils, des meilleurs savoir-faire et à obtenir les appuis nécessaires à la protection et à la promotion de la santé de tous les Ontariens. Pour atteindre cet objectif, nous devrons mobiliser les compétences et les savoir-faire que recèlent des structures trop souvent isolées et dissociées et nous devrons en faire une utilisation optimale.

Nous sommes heureux et fiers d'avoir pu contribuer à cette entreprise historique et nous espérons de tout cœur que notre travail permettra de contribuer à relever les défis émergents. Nous espérons que d'ici quelques années, les Ontariennes et les Ontariens seront fiers de leur Agence et qu'ils prendront acte du fait que la Province a entièrement appris les leçons du SRAS, les a prises en compte et a agi en conséquence.

Recommandations

Continuer sur notre lancée

1. Le MSSLD devrait assurer la mise sur pied d'une équipe spéciale d'appui à la transition d'ici le printemps 2006. L'équipe devrait avoir un accès continu à l'expertise interne et externe dont elle aura besoin et elle devrait participer à la mise en œuvre progressive des recommandations GTMOA et, en particulier, à la planification et au soutien requis à une transition efficace des services de laboratoire à l'Agence.

Création de l'Agence

2. L'Agence devrait être constituée au moyen de mesures législatives particulières.

    a. L'Agence devrait être constituée en Agence de la Couronne.

    b. L'Agence devrait pouvoir accéder à des fonds en provenance de tierces parties et les utiliser pour accroître ses capacités de recherche.

    c. L'Agence devrait être dotée du pouvoir légal de recueillir, utiliser et divulguer des informations de façon privée et confidentielle.

    d. L'obligation actuelle de se rapporter aux bureaux de santé publique et au MSSLD conformément aux prescriptions de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* devrait rester en vigueur jusqu'aux conclusions qui se dégageront de la révision complète de la *Loi*.

La gouvernance

3. Le lien entre L'Agence et le MSSLD devrait être axé sur le principe de l'autonomie et l'Agence devrait être dirigée par un conseil d'administration.

    a. Le conseil d'administration de l'Agence devrait être formé d'ici la fin 2006. Au début, il devrait être formé d'un noyau de cinq à sept membres. Ce noyau initial serait par la suite élargi pour former un conseil d'administration complet formé de treize personnes.

    b. Les membres du conseil d'administration devraient être choisis au moyen d'un processus transparent et neutre

faisant intervenir l'expertise externe adéquate. Les membres du conseil devraient être nommés par décret en conseil et avec des mandats échelonnés.

c. Le conseil d'administration devrait être formé de membres dotés de compétences diverses et appropriées qui reflètent le mandat de l'Agence, dont une personne représentant le domaine de la santé publique et le public en général.

d. Des liens hiérarchiques clairs devraient être établis, par lesquels la présidente ou le président du conseil serait tenu de rendre des comptes directement au ministre de la Santé et des Soins de longue durée, qui serait lui-même responsable devant l'Assemblée législative des activités de l'Agence.

e. Une série de comités permanents faisant rapport au conseil d'administration, notamment des comités de planification stratégique, de consultation scientifique et de vérification. Le comité de gouvernance ne devrait comprendre que des membres du conseil d'administration, mais les autres comités pourraient être composés de membres et de non-membres du conseil.

f. Le comité de planification stratégique devrait avoir pour mandat de soumettre à l'approbation des membres un plan stratégique pluriannuel à être approuvé par le conseil d'administration et qui correspondrait à la fois aux priorités du gouvernement et à celles du milieu.

4. Dans l'objectif d'orienter de manière efficace la gestion et les opérations de l'Agence, le conseil d'administration devrait élaborer des règlements et des politiques appropriés incluant les politiques et les règlements liés à la pratique éthique de la gouvernance et au conflit d'intérêts.

Les activités de l'Agence

5. L'Agence devrait avoir pour clients principaux les fournisseurs de soins de santé, les bureaux de santé publique et les ministères partenaires.

6. Dans son travail, l'Agence doit être guidée par la pertinence de ses activités pour toute la province de l'Ontario. Dans cette optique, nous recommandons que l'Agence instaure des mécanismes visant à assurer que les questions qui concernent les Premières nations et les collectivités autochtones sont adéquatement incluses à ses activités.

7. Les premiers domaines de spécialisation technique de l'Agence devraient être : les maladies infectieuses (incluant la prévention et la lutte contre les infections), la promotion de la santé, la lutte contre les maladies chroniques, et la prévention des blessures et la salubrité de l'environnement.

8. L'Agence devrait fournir les services suivants : la surveillance et l'épidémiologie, la recherche, l'échange de connaissances, les services de laboratoire, le perfectionnement professionnel et la communication.

9. L'aide à la gestion des situations urgences devrait représenter un thème transversal autour duquel pourraient se structurer les fonctions et les domaines de spécialisation de l'Agence en vue de permettre les interventions et le soutien à l'intérieur même de l'ensemble de la structure provinciale de gestion des situations d'urgence.

10. L'Agence devrait adopter et promouvoir le fonctionnement en équipes multidisciplinaires qui collaborent à travers les nombreux domaines et fonctions de spécialisation afin d'assurer un flux souple et rapide d'informations et d'expertises. Selon qu'il sera approprié, ces équipes pourraient inclure des personnes provenant de l'extérieur de l'Agence, du terrain et de nombreux ministères.

11. L'Agence devrait travailler avec le MSSLD à mettre sur pied une bibliothèque et une infrastructure de technologie de l'information adéquates qui favoriseraient une connectivité et un alignement optimaux avec les systèmes déjà établis par la province.

Renforcer et coordonner les laboratoires de santé publique de l'Ontario

12. Les laboratoires de santé publique de l'Ontario renouvelés et renforcés devraient représenter une

partie essentielle des activités de l'Agence. L'application des recommandations contenues dans le rapport du GTMOA devrait correspondre étroitement aux recommandations finales qui pourraient émaner d'un examen des opérations des laboratoires de santé publique de l'Ontario.

13. Le GTMOA recommande la mise en application progressive de la transition des laboratoires de santé publique de l'Ontario vers la structure opérationnelle de l'Agence d'ici la fin 2008.

14. L'équipe de la transition devrait évaluer les secteurs essentiels suivants :
    - La stratégie et la planification en matière d'effectifs.
    - La logistique liée à l'acquisition et au déménagement vers de nouveaux espaces de laboratoires des fonctions de base du Laboratoire central.
    - La mise en oeuvre du système d'information de laboratoire

15. L'Agence devrait garantir que le renouvellement des laboratoires régionaux s'effectuera.

16. Des essais de laboratoire choisis devraient être localisés au même endroit que l'Agence et un examen détaillé des listes d'essais devrait être mené d'ici la fin 2008.

Financement

17. L'Agence devrait être financée par le MSSLD sur une base pluriannuelle et son financement devrait être revu en fonction du plan stratégique approuvé. L'attribution de ressources supplémentaires servant à financer des projets qui ne font pas partie du plan stratégique devrait être envisagée lorsque nécessaire :

    a. L'Agence devrait recevoir un financement annuel initial d'au moins 45 millions de dollars suivant la recommandation formulée dans le rapport Walker et en sus des dépenses de base existantes et des coûts liés aux recommandations émanant de l'examen des laboratoires de santé publique de l'Ontario. Par la suite, le financement devrait s'effectuer sur une base pluriannuelle.

    b. Le financement existant des laboratoires de santé publique de l'Ontario incluant les frais généraux et les coûts de soutien centralisés devrait être transféré en entier à l'Agence une fois achevée la nécessaire planification de la transition.

    c. L'Agence devrait se voir octroyer le droit de détenir des fonds provenant de tiers, par exemple des fonds attribués à des subventions nationales de recherche ou à des projets qui s'accordent avec les objectifs de l'Agence sans que ces fonds n'affectent le financement provincial.

    d. Le financement octroyé par l'ASPC au Centre national de collaboration de la mise au point de méthodes et d'outils en santé publique devrait être réassigné à l'Agence d'ici la fin 2007-2008.

18. Dans les situations d'urgence, l'Agence devrait avoir accès à des fonds supplémentaires équivalents à trois mois du budget de fonctionnement de l'Agence.

Responsabilité et établissement de rapports

19. L'Agence devrait soumettre des plans de rendement au MSSLD bien avant le début de la nouvelle année financière. Les résultats des activités contenues dans ces plans devraient ensuite être documentés dans les rapports annuels présentés au MSSLD et rendus publics. Une fois l'Agence bien établie, les rapports devraient comprendre des projections financières couvrant une période de trois ans et alignées sur le plan stratégique général.

    a. Des examens externes périodiques de l'Agence devraient être réalisés dans l'objectif d'évaluer sa performance.

    b. L'Agence devrait présenter un rapport annuel officiel de ses activités au ministre de la Santé et des Soins de longue durée pour dépôt subséquent à l'assemblée législative au terme de sa seconde année de fonctionnement. Ceci donnerait à l'Agence le temps de recruter son personnel et de

commencer à fonctionner. Le rapport annuel suivrait les progrès en les évaluant à la lumière du plan proposé l'année précédente. Le rapport fera état des fonds reçus et dépensés et soulignera les enjeux de l'année à venir.

20. Le président du conseil d'administration de l'Agence devrait rendre des comptes au Ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

    a. Les liens hiérarchiques et de responsabilité devraient être établis par un protocole d'entente.

    b. Le protocole d'entente devrait être revu annuellement et mis à jour au moins une fois tous les cinq ans.

Travailler avec des partenaires

21. Le MSSLD devrait développer un mécanisme basé sur les modèles présentés dans ce rapport afin de coordonner le processus par lequel d'autres ministères soumettent leurs demandes ou leurs propositions d'initiatives ou de projets spéciaux qui engagent l'Agence et qui ne sont pas compris dans le plan stratégique approuvé.

22. L'Agence devrait encourager le travail d'équipe et la participation intersectorielle axée sur les projets par le biais d'ententes adéquates avec les ministères et les partenaires de l'Agence incluant les organisations non gouvernementales (O.N.G.), le milieu universitaire, les fournisseurs de soins de santé et les praticiennes et praticiens de la santé publique.

23. L'Agence devrait se doter d'une politique en matière de propriété intellectuelle qui soit cohérente avec son mandat, et ce, afin d'assurer la clarté de l'adhésion prévue d'établissements universitaires ou celle d'autres ententes.

Recherche et échange de connaissances

24. L'Agence devrait, avec le MSSLD, appuyer le développement d'un réseau provincial de recherche, formation et échange de connaissances dans le domaine de la santé publique. Le réseau devrait être construit sur la capacité existante et être structuré de façon à permettre l'accès à la formation et à l'échange de ressources de façon équitable. Lorsque cela est approprié, le réseau devrait commencer par établir le lien avec d'autres réseaux (par exemple les Réseaux régionaux de contrôle des infections, les réseaux « *Tobacco Control Area Networks* » et les programmes de recherche, d'éducation et de développement en santé publique). Le réseau évoluera avec le temps, mais il importe qu'il soit stabilisé dès le début 2007. Le choix de partenaires potentiels du réseau devrait se faire de façon transparente et il devrait être axé sur :

    - Une contribution prouvée au domaine de la santé publique.
    - Une collaboration et des partenariats à grande échelle avec le milieu universitaire.
    - Des partenariats régionaux prouvés.
    - L'harmonisation avec les objectifs et le plan stratégique de l'Agence.

25. L'Agence devrait assumer un rôle de premier plan dans le développement d'un programme provincial de trois ans en recherche et échange de connaissances axé sur la pratique et les politiques de l'Ontario en matière de santé publique.

26. L'Agence devrait à tout le moins utiliser les ressources financières disponibles dans le Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique. De plus, nous recommandons que l'Agence assume la surveillance directe de la composante du budget provincial du Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique d'ici le 1er avril 2007.

Fonctions du médecin hygiéniste en chef

27. Le médecin hygiéniste en chef devrait participer à toutes les réunions du conseil d'administration de l'Agence. Afin de permettre sa participation, un avis préalable et des documents devraient lui être fournis. Lorsque les membres du conseil d'administration doivent voter, le médecin hygiéniste en chef devrait être considéré comme un membre non votant du conseil d'administration de l'Agence. Il n'est pas recommandé que le

médecin hygiéniste en chef soit autorisé à déléguer une personne aux réunions du conseil d'administration.

28. Le médecin hygiéniste en chef devrait effectuer la liaison officielle entre le MSSLD, le ministère de promotion de la santé et l'Agence. Dans le cadre de ce rôle, le médecin hygiéniste en chef devrait présider les comités internes et interministériels afin de transmettre à l'Agence les priorités provinciales qu'elle devra mettre en œuvre.

29. Le médecin hygiéniste en chef devrait faire partie du comité permanent de planification stratégique du conseil d'administration, assurant ainsi une transmission directe des priorités identifiées au niveau provincial.

30. L'Agence devrait être tenue d'assurer l'accessibilité des ressources scientifiques et techniques de base par des moyens légaux et contractuels appropriés pour leur déploiement dans les situations d'urgence quand le médecin hygiéniste en chef en fait la demande.

Rôle des ministères

31. Le MSSLD et le ministère de Promotion de la santé devraient, comme il convient, conserver leur rôle de chefs de file et leurs responsabilités dans les domaines suivants :

    a. Élaboration et examen des lois et règlements;

    b. L'élaboration des politiques;

    c. Adoption de normes de programmes;

    d. Garantir la conformité et la responsabilité par l'établissement de normes et de directives;

    e. La planification, la formation et l'évaluation des ressources humaines de la santé publique;

    f. Les activités de gestion des situations d'urgence (avec Gestion des situations d'urgence Ontario et autres ministères concernés);

    g. Les communications générales à l'intention des praticiennes et des praticiens, les professionnels, le public et les médias du milieu de la santé;

    h. Le financement des bureaux de santé publique et des établissements de soins de santé et la garantie de responsabilité dans l'utilisation des fonds; et

    i. Le maintien de liens directs avec les ministères fédéraux comme Santé Canada et l'ASPC par le biais des processus fédéral, provinciaux et territoriaux établis, sauf lorsque la responsabilité en est confiée à l'Agence.

Aide dans la gestion des situations d'urgence

32. Dans les situations d'urgence, par l'intermédiaire du Comité de direction de la gestion des situations d'urgence, le médecin hygiéniste en chef déclenche l'engagement de l'Agence. En cas de déploiement sur le terrain, l'Agence s'intégrera à la ligne hiérarchique établie par le système de gestion des incidents.

33. La ou le chef de la direction générale devrait être membre à part entière du Comité de direction de la gestion des situations d'urgence et, en situation d'urgence, il ou elle devrait suivant les besoins participer aux structures qui y sont liées.

34. L'Agence devrait pouvoir fournir des conseils techniques et scientifiques et du soutien au MSSLD, et, lorsque cela est nécessaire, elle devrait offrir du soutien au terrain avant, pendant et après une situation d'urgence comportant des impacts au niveau de la santé, suivant les besoins définis par le médecin hygiéniste en chef.

Leadership

35. Le conseil d'administration devrait choisir et engager la ou le chef de la direction générale de l'Agence par le moyen d'un processus de sélection transparent.

    a. La ou le chef de la direction générale devrait posséder des compétences essentielles incluant des compétences de leadership en matière de santé publique et la capacité de favoriser les partenariats et de jouer le rôle

de champion du développement de l'Agence.

b. Le conseil d'administration devrait être chargé de l'évaluation du rendement de la ou du chef de la direction générale.

36. Le ou la chef de la direction générale ne devrait pas être membre du conseil d'administration, mais il ou elle devrait assister et participer aux réunions du conseil suivant le besoin, sauf lorsqu'il s'agit de l'évaluation de son rendement.

37. Les réunions du conseil d'administration devraient être ouvertes au public et le conseil devrait se réserver le droit d'entrer en réunion directive suivant les besoins.

38. Le conseil d'administration devrait, dans la mesure du possible, fonctionner sur base consensuelle.

Chapitre 1

Ouvrir la voie

Contexte

Opération protection de la santé

Conformément aux recommandations contenues dans le Rapport Walker sur le SRAS[1] et dans le premier rapport provisoire du juge Campbell intitulé *Le SRAS et la santé publique*[2], le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) a publié le 22 juin 2004[3] un rapport intitulé *Opération protection de la santé : un plan d'action visant à prévenir les menaces d'ordre sanitaire et à promouvoir la santé en Ontario.*

L'engagement historique de créer une nouvelle agence de santé publique indépendante du MSSLD dont la mission serait de prévenir et de contrôler les maladies et de promouvoir la santé était une priorité stratégique fondamentale de ce plan d'action triennal axé sur le renforcement du système de santé publique. Les fonctions principales de cette nouvelle agence seraient :

- L'amélioration des services de laboratoire spécialisés en santé publique ;
- La lutte contre les maladies infectieuses (parmi lesquelles la capacité de lutte contre les infections et les maladies transmissibles) ;
- La préparation et le soutien aux situations sanitaires d'urgence ;
- La promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques et des blessures ;
- La communication des risques ; et
- La recherche et l'échange des connaissances.

Telle qu'énoncée dans *Opération protection de la santé*, la mission de l'agence serait d'« Améliorer la capacité de l'Ontario d'offrir des conseils scientifiques et techniques pour le secteur de la santé et au sien de celui-ci dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé[4] ». Le gouvernement actuel s'est engagé à établir et à structurer formellement la nouvelle agence et à la doter d'un conseil d'administration d'ici 2006-2007.

Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence (GTMOA)

L'Opération protection de la santé s'est également engagée à établir un groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence qui servirait d'organisme consultatif au MSSLD en lui fournissant de l'orientation en matière de conception et de fonctionnement de l'éventuelle nouvelle agence. Le GTMOA a été officiellement créé en janvier 2005 avec le mandat de :

- Valider le mandat, les responsabilités fondamentales, la structure et la gouvernance proposés pour l'Agence ;
- Recommander des responsabilités opérationnelles pour l'Agence et délimiter son rôle et ses responsabilités par rapport à ceux du MSSLD, du milieu universitaire, du système de santé élargi, de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) et de ses Centres nationaux de collaboration en santé publique ; et
- Recommander un plan complet de mise en œuvre de l'Agence sur trois ans axé sur l'infrastructure, les exigences financières, les ressources humaines et la planification de la transition.

Le GTMOA de l'Agence s'est réuni régulièrement depuis 2005 et a publié en octobre 2005 la première partie de son rapport. Ce rapport final prend appui sur le travail déjà effectué et fournit des précisions supplémentaires dans plusieurs matières en mettant l'accent sur les responsabilités liées à l'aide dans les situations sanitaires d'urgence et sur les liens, la transition des laboratoires et les questions qui concernent la direction et la coordination de l'établissement de l'Agence (voir l'annexe 1 pour le mandat détaillé du GTMOA).

La validation de notre travail

Le GTMOA a employé de nombreuses stratégies pour valider les domaines de spécialités et les responsabilités proposées pour l'Agence, notamment :

- L'étude de la documentation et des publications sur le sujet afin de définir les pratiques exemplaires ;
- L'analyse approfondie et les leçons tirées des expériences d'autres administrations gouvernementales ;
- Des consultations auprès de plusieurs agences publiques au sujet de leurs programmes et de leurs responsabilités ;
- Des consultations auprès d'experts en gouvernance dans le secteur public ;
- La réalisation de tables rondes avec des participants de milieux divers, notamment les bureaux de santé publique, les hôpitaux, les installations de santé publique, le secteur bénévole, le monde universitaire ; et
- L'étude des conclusions principales d'un vaste sondage effectué auprès de plus de 1300 professionnels de la santé publique et de données d'entrevues générées par les 36 bureaux de santé publique de l'Ontario.

Les tables rondes ont porté sur :

- La promotion de la santé, la prévention des maladies chroniques et des blessures ;
- Les maladies infectieuses ; et
- La santé environnementale.

Les conclusions des participants aux trois tables rondes ont correspondu aux responsabilités proposées pour l'Agence et les ont validées. Les participants considèrent que l'Agence pourrait jouer un rôle important de soutien dans leurs différents domaines professionnels en :

- Construisant des capacités techniques de base à l'intention des praticiens et des professionnels dans une variété de disciplines en :
  - Identifiant les lacunes en matière de capacités et en soutenant des réseaux d'expertises ou des communautés de pratique (par exemple en épidémiologie) ;
  - Favorisant des liens plus forts entre ces communautés de pratique et le terrain ; et
  - Développant des outils et des ressources en ligne, des occasions de formation et des initiatives de formation continue, en accroissant la facilité d'accès à une vaste gamme de champs d'expertise et en établissant des liaisons officielles et à caractère non officiel avec des experts, locaux, nationaux et internationaux ;
- Établissant des liens et des canaux de communication axés sur l'amélioration et la coordination de l'échange d'informations sur les pratiques exemplaires et les résultats de données et d'analyses ;
- Développant des outils pratiques et des mécanismes de soutien fondés sur la science et sur des données probantes, par exemple pour aider les bureaux de santé publique à établir les outils et le soutien particulier requis à la mise en œuvre des Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires[5] ;
- Réorganisant les programmes de recherche nationaux et provinciaux afin que soient entreprises des recherches en santé publique et plus particulièrement des recherches appliquées et des recherches portant sur les approches en matière d'interventions et que ces recherches soient concrétisées et leurs résultats soient diffusés plus amplement ; et
- Prennant les devants et créer de nouveaux partenariats, collaborations et réseaux provinciaux nationaux et internationaux en vue de :

- Construire la capacité technique ;
- Fournir un accès amélioré à des technologies et à des supports technologiques de pointe ; et
- Miser sur la recherche et la stimuler dans des domaines particuliers autour de besoins définis.

Une forte majorité de participants ont clairement exprimé la nécessité d'engager l'Agence dans les domaines de spécialisation et les responsabilités mises de l'avant par le GTMOA.

Outre les tables rondes qu'il a tenues, le GTMOA a consulté de nombreux intervenants du système de santé. Un Groupe de référence a été formé et s'est rencontré plusieurs fois dans le cadre de forums qui ont permis au GTMOA de l'Agence d'informer les intervenants de ses activités et de s'informer à son tour des différentes perspectives relativement à la création de l'Agence (voir l'annexe 2 pour le mandat du Groupe de référence).

Le feed-back et les informations que nous avons reçus grâce à ce processus corroborent les recommandations du rapport Walker et soulignent le besoin de créer une nouvelle agence. Au cœur des raisons de ce besoin, les participants citent l'utilité de pouvoir accéder à une source de conseils scientifiques et techniques pertinents pouvant se traduire en outils de recherche, formation et ressources destinées aux fournisseurs de services de santé et aux praticiens de la santé publique.

Bien qu'il existe assurément des zones d'excellence, les praticiens et les fournisseurs de services de santé font souvent face à un ensemble d'obstacles d'ordre systémique lorsqu'ils tentent d'obtenir du soutien pour leurs recherches ou en matière d'échange de connaissances, notamment :

- Une coordination insuffisante entre de nombreux producteurs de travail et un travail de qualité variable dans plusieurs secteurs d'activité ;
- Un faible niveau de pertinence pour les applications de première ligne ; et
- Une focalisation limitée sur les mécanismes d'appui à l'utilisation des produits obtenus par la transformation du savoir en outils efficaces.

La recherche et l'échange de connaissances devraient être les piliers centraux de l'Agence. Le GTMOA a formé un Sous-comité de la recherche et du transfert des connaissances sur lequel siègent des experts reconnus à l'échelle nationale et qui a formulé des recommandations portant sur le travail de l'Agence dans ces secteurs. Le Sous-comité appuie le travail du Comité d'examen de la capacité d'intervention et se rapporte également à lui (voir l'annexe 3 pour le mandat du Sous-comité de la recherche et du transfert des connaissances).

S'inspirer et apprendre du succès des autres

Les initiatives menées à bien par d'autres organismes nationaux et internationaux ont beaucoup à nous apprendre. Plusieurs de ces organismes ont déjà établi ou sont en voie d'établir des organismes plus spécialisés aux fonctions plus précises dont la mission est de fournir du soutien technique et scientifique en santé publique. L'Union européenne [6] et Hong-Kong[7] ont récemment entrepris de créer des organismes spécialisés et des pays aussi divers que la Finlande[8] et le Brésil[9] ont mis en place des organismes de santé publique spécialisés indépendants de leurs agences principales de planification des services de santé. Il s'agit d'organismes de tailles très diverses dont les effectifs fluctuent entre 8000 employés pour les U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et aussi peu que 70 ou 80 employés pour les organisations de moindre taille. Au-delà de cette diversité, plusieurs de ces organismes partagent un besoin commun : la promotion de la recherche et de la science et l'augmentation de la capacité des planificateurs et des fournisseurs d'obtenir des conseils, des données probantes et du soutien dans leur travail.

Deux provinces canadiennes, le Québec et la Colombie-Britannique ont déjà des organismes spécialisés en santé publique.

Le GTMOA a bénéficié des discussions suivies qu'il a tenues avec le British Columbia Centre for Disease Control (BCCDC)[10] et avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)[11] et des conseils fournis par ces organismes, ainsi que de l'examen de la structure et des expériences du Centers for Disease Control and Prevention[12] et de l'agence britannique Health Protection Agency (HPA), un organisme récemment créé avec le mandat spécifique de « protéger la santé et réduire de nombreux risques et leurs effets ». C'est du modèle québécois que se rapproche le plus le modèle proposé pour l'Ontario. Le tableau 1 présente un échantillon représentatif d'agences spécialisées en santé publique. Nous avons effectué cet examen des autres agences en tenant étroitement compte de l'évolution des rôles des ministères.

Aperçu des organismes spécialisés en santé publique dans le monde

	Québec Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)	**Colombie-Britannique** BC Centre for Disease Control (BCCDC)	**États-Unis** Centers for Disease Control and Prevention (CDC)	**Royaume-Uni** Health Protection Agency (HPA)	**Hong Kong** Centre for Health Protection (CHP)	**Europe** Centre européen de contrôle et de prévention des maladies
Création	1998	1997	1946	2003	2004	Mai 2005
Nature	Organisme pleinement indépendant qui tire ses pouvoirs de la *Loi sur l'institut national de santé publique du Québec*	Personne morale créée par décret, relativement autonome, car elle doit rendre compte de ses actions à l'office provincial des services de santé	Organisme gouvernemental qui fait partie du Department of Health and Human Services	Organisme pleinement indépendant qui tire ses pouvoirs de la loi, *Health Protection Agency Act, 2004*	Organisme gouvernemental qui fait partie du Department of Health de Hong Kong (la personne qui le dirige relève du ministre de la Santé)	Organisme pleinement indépendant qui tire ses pouvoirs du *Règlement 851/2004* du Parlement européen et du Conseil européen
Mandat	Améliorer le développement, la coordination et la mise à profit de l'expertise en santé publique, de même qu'enrichir et disséminer les connaissances s'y rapportant.	Contribuer au fonctionnement d'un programme complet de prévention des maladies transmissibles et de protection de l'hygiène du milieu	Promouvoir la santé et la qualité de vie grâce à des activités visant à prévenir, et à lutter contre, les maladies infectieuses, les blessures et les déficiences.	Promouvoir la santé et minimiser l'impact des maladies infectieuses, de même que les dangers liés aux substances toxiques et produits chimiques et aux rayonnements.	Prévenir et contrôler efficacement les maladies grâce à la collaboration avec des d'importants intervenants locaux et internationaux	Déceler, évaluer et faire connaître les risques actuels et émergents que des maladies transmissibles présentent pour la santé (son mandat pourra être étendu aux maladies non transmissibles après un examen prévu pour 2007).
Objets	• Surveillance et évaluation de la santé de la population • Promotion de la santé • Prévention des maladies et des blessures • Protection de la santé • Administration des laboratoires de santé publique, du centre de toxicologie et du service provincial de dépistage audiologique et radiologique	• Lutte contre l'hépatite • Épidémiologie • Services de laboratoire • Lutte contre les maladies transmissibles sexuellement et contre le VIH • Lutte contre la tuberculose • Information sur les aliments et les drogues • Protection des produits alimentaires • Radioprotection	• Promotion de la santé et prévention des maladies, des blessures et des déficiences • Préparation aux urgences sanitaires y compris la protection contre les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles les risques d'infection ou encore les risques liées à l'environnement ou aux menaces terroristes	• Maladies infectieuses • Substances toxiques et produits chimiques • Rayonnements • Interventions en cas d'urgence sanitaire • Services locaux et régionaux • Recherche • Communication des risques	• Surveillance et épidémiologie • Interventions et diffusion de l'information en cas d'urgence sanitaire • Prévention des infections • Gestion des programmes de perfectionnement • Laboratoire de santé publique • Services de santé publique	• Procéder à la coordination des réseaux européens opérant dans le domaine de la santé publique, afin de favoriser leur collaboration et la coordination de leurs actions • Encourager la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes en matière de santé publique (p. ex., l'Organisation mondiale de la santé ou le CDC)

Tableau 1. Aperçu des organismes spécialisés en santé publique dans le monde

Responsabilité du ministère en matière d'intendance

De même qu'augmente internationalement la focalisation sur la spécialisation ainsi que le démontre la création de centres spécialisés de protection et de promotion de la santé dans plusieurs administrations gouvernementales, l'importance qui est attribuée à la définition des responsabilités essentielles et à la mission centrale des organismes croît et transforme progressivement la façon dont de nombreux gouvernements définissent leur rôle en matière de services de santé.

Depuis quelque temps, on remarque partout au Canada une accentuation de l'importance qui est accordée à la

éfinition du rôle du gouvernement dans les services de anté en matière de responsabilité d'intendance. Cela fait lusieurs années que ce questionnement s'est transmis u langage de la réforme et il se reflète dans les éformes récentes qu'a proposées le MSSLD.

Les responsabilités centrales du gouvernement omprennent la formulation de politiques et d'analyses, es lois, la planification à long terme, l'établissement l'orientations stratégiques, l'application des règlements, a reddition de comptes en matière de financement et de ésultats, l'établissement de rapports et le suivi du endement sont à la base du concept de responsabilité l'intendance. En plus de déléguer certains aspects de la estion des programmes aux échelons de planification ocaux, une autre réforme a été instaurée afin de réduire a participation du gouvernement dans la livraison directe le services de santé. Une grande partie du travail de la rovince relève clairement des responsabilités l'intendance et ne relève donc pas du rôle d'une agence.

L'efficacité des initiatives et de la protection sanitaire epose sur un éventail d'activités et d'outils de soutien qu'il est plus compliqué d'intégrer à des structures raditionnelles de ministères. Voici certaines des activités t des appuis que pourrait réaliser et fournir l'Agence :

- La création de données probantes issues de la recherche ;
- Le développement de pratiques exemplaires et d'aides à la prise de décision ;
- La fourniture d'outils d'aide au perfectionnement professionnel et à la formation ;
- L'évaluation des résultats scientifiques dans un vaste éventail de domaines;
- Le développement d'outils de soutien efficaces conçus pour appuyer l'exécution des programmes ;
- L'offre de formation et d'enseignement à distance ; et
- L'amélioration de la capacité de modélisation de la gestion des épidémies et de l'analyse des risques.

L'intégration de ces fonctions à la structure traditionnelle d'un ministère est souvent complexe. Ce sont pourtant des fonctions qui sont de plus en plus nécessaires. Les organismes fournisseurs de services de santé et les professionnels de la santé publique ont réitéré de manière persistante le fait que ces catégories d'activités et ces outils de soutien ne sont que partiellement et faiblement soutenus par les structures existantes. Le GTMOA croît que c'est en se concentrant sur ces activités et outils que l'Agence pourra améliorer le contenu informationnel fourni aux praticiens et aux fournisseurs de services de santé tout en augmentant l'accessibilité des ministères aux recherches en santé publique. Ceci permettrait en corollaire d'appuyer les fonctions centrales du gouvernement.

En grande partie, ce travail présupposerait la capacité de miser sur les connaissances et les compétences de personnes qui travaillent dans un vaste éventail de domaines, dans les ministères, sur le terrain et dans les centres de recherche et de les relier entre elles par l'intermédiaire d'une plaque tournante organisationnelle. Nous sommes d'avis que l'Agence pourrait jouer ce rôle.

Le GTMOA pense que l'établissement de l'Agence permettra d'instaurer une approche plus collaborative et cohérente à l'amélioration du système de santé publique sur les plans provincials, locals et régionals par la création d'outils, la fourniture de conseils, de formation et de soutien dans tout le système. L'établissement d'une ressource centrale spécialisée et centrée sur la santé publique permettrait aussi aux ministères partenaires de l'Agence de tabler sur une base scientifique plus consistante et structurée. En plus du MSSLD, le nouveau ministère de la Promotion de la santé, le ministère de l'Environnement (qui a compétence sur la salubrité de l'air et de l'eau), et le ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation et des Affaires rurales (dans les domaines de la sécurité alimentaire et certains volets de la santé animale) seraient tous des clients naturels de l'Agence. Il importe de pousser plus loin notre compréhension et de développer les données actuelles en matière de risques pour la santé humaine, car cela permettrait de tabler sur des approches mieux coordonnées en matière de prévision et de traitement des risques puisque ces derniers recoupent généralement de nombreux mandats.

La menace d'une pandémie de grippe aviaire démontre de façon évidente que les liens entre la science et la connaissance de la santé humaine et de la santé animale sont essentiels à notre recherche. L'approche proposée accorde une grande importance sur la fortification de ce lien.

Cadre stratégique

La définition du mandat, de la vision, de la mission, des valeurs et de la philosophie de l'Agence est essentielle à l'établissement de l'orientation et des bases à partir desquelles l'Agence opérera. Les analyses d'environnement, les expériences d'autres administrations, les consultations avec les intervenants et des discussions officielles et informelles ont contribué à l'édification de

ces principes de bases et ont fourni au GTMOA des fondements solides sur lesquels il s'est appuyé pour développer ses recommandations. Le cadre stratégique d'une organisation est axé sur sa vision, sa mission et ses valeurs.

Vision

Nous constituerons un centre d'expertise reconnu dans le monde entier, consacré à la promotion et à la protection de la santé de toutes les Ontariennes et les Ontariens, grâce à l'application et à l'avancement de la science et du savoir.

Mission

Nous répondons du soutien accordé aux fournisseurs de soins de santé, au système de santé publiques et au gouvernement dans le cadre de prises de décisions informées et de la mise en œuvre de measures éclairées visant l'amélioration de la santé et de la securité de la population de l'Ontario, au moyen de conseils et d'outils pratiques, transparents et opportuns de nature scientifique and crédible.

Les valeurs

Pour orienter le mandat, la vision et la mission de l'Agence, le GTMOA recommande l'adoption des valeurs centrales suivantes :

Réactivité

L'Agence répondra aux besoins de ses clients dans tout le continuum du système de santé en leur fournissant des analyses en temps voulu, un soutien efficace axé sur le développement et la livraison des produits de la recherche appliquée et sur la formation et les conseils.

Dans le but de soutenir, d'aider et de rehausser la capacité du système local et provincial de santé, l'Agence sera dotée d'une capacité d'intervention sur le terrain provenant de l'interne et de ses partenariats.

Pertinence

L'Agence traduira la recherche en conseils axés sur l'action et en outils destinés à soutenir des programmes, des politiques et des pratiques en santé publique sur la base de données probantes.

L'Agence centrera ses priorités sur des consultations étroites avec les fournisseurs de services de santé, les bureaux de santé publique et les ministères partenaires afin de garantir que ses services puissent continuer à répondre aux besoins actuels et émergents.

Crédibilité

L'Agence guidera son travail sur les informations scientifiques disponibles les plus probantes afin de fournir de manière constante des informations et des services de qualité, de façon indépendante et non biaisée.

Collaboration

L'Agence guidera son travail sur les informations scientifiques disponibles les plus probantes afin de fournir de manière constante des informations et des services de qualité, de façon indépendante et non biaisée.

Innovation

L'Agence sera positionnée aux premières lignes de la création de savoir et de l'échange des connaissances en Ontario et au-delà de l'Ontario. L'Agence exercera son leadership en adoptant une approche axée sur la prévention et la proactivité en ce qui a trait aux risques qui menacent la santé des Ontariennes et des Ontariens et aux possibilités d'amélioration de leur santé.

Principes directeurs

Le GTMOA a consacré énormément de temps à l'élaboration des principes qui devraient guider et soutenir l'Agence dans l'accomplissement de son mandat. Le travail de l'Agence devrait être guidé par une approche à la santé publique qui soutient l'amélioration de toutes les Ontariennes et les Ontariens, tout au long de leur vie et qui s'inscrit dans une démarche de réduction des inégalités en matière sanitaire entre les différents groupes qui forment la population.

Le GTMOA reconnaît que de multiples facteurs parmi lesquels on compte les iniquités sociales et matérielles, contribuent aux déséquilibres dans l'état de santé des populations. L'Ontario possède une population diverse qui compte les Premières nations et les communautés autochtones et francophones. La prise en compte de cette diversité dans le travail de l'Agence et dans les approches qu'elle adopte augmenterait notablement la pertinence des actions qu'elle réalise.

Démarche opérationnelle

Le GTMOA a recommandé que l'Agence adopte un cadre destiné à guider sa démarche opérationnelle. Trois facteurs de réussite ont été identifiés : des employés exceptionnels, des processus efficaces et des résultats pertinents. C'est sur la base de ces facteurs de réussite

ue l'Agence pourrait avancer vers son but et ses objectifs et atteindre les résultats qu'elle cible.

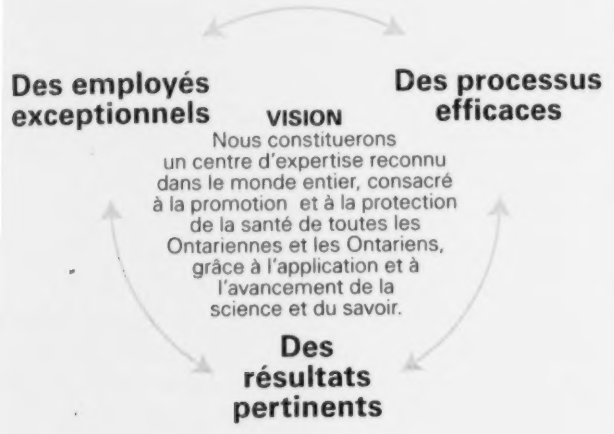


Tableau 2. Démarche opérationnelle

Des employés exceptionnels : une philosophie des ressources humaines

Quelles que soient la qualité du concept organisationnel et celle des politiques et procédures élaborées, le GTMOA est convaincu que celle-ci n'atteindra ses objectifs que si elle sait recruter les bons candidats. Cela dépendra en grande partie de la philosophie dont se dotera le nouvel organisme en matière de ressources humaines.

Nous sommes collectivement conscients du fait que de nombreux experts en Ontario participent régulièrement aux forums scientifiques et techniques d'organismes internationaux tel le CDC que plusieurs d'entre nous en Ontario considèrent comme une source décisive d'informations. De plus, il est à noter que de nombreux dirigeants de la santé publique ont quitté le système de santé publique de l'Ontario durant la période de réduction des effectifs et d'instabilité et font bénéficier d'autres organismes d'une orientation et d'un leadership inestimables.

Nous envisageons de toute évidence de changer cette dynamique de l'Agence au fil du temps, en créant un cadre structuré d'expertise scientifique ici en Ontario, cadre qui serait axé autour des domaines de spécialisation identifiés par l'Agence. En travaillant à faire de l'Agence un pivot, nous rehausserions le profil de la santé publique en Ontario et nous adopterions en même temps des mesures claires visant à attirer l'expertise vers la province, ce qui profiterait autant à cette dernière qu'à l'ensemble du système.

Il importe toutefois de noter que les compétences scientifiques et techniques ne suffisent pas. Si l'Agence ne devient qu'une source de publication de recherches scientifiques, mais qu'elle est incapable de traduire le savoir et les informations probantes en outils et ressources utilisables par un praticien du domaine de la santé publique, une infirmière dans un centre de soins de longue durée ou un ministre qui face à des problèmes émergents a besoin de conseils étoffés en temps voulu, alors elle n'aura pas atteint son but. Pour réussir, l'Agence devra associer les compétences scientifiques et techniques aux compétences en matière d'application des connaissances et de diffusion de ces dernières.

Il importe également que l'Agence demeure fermement ancrée dans la réalité qu'elle continue de traiter de façon pertinente les services de santé qu'elle livre et les enjeux auxquels elle fait face en santé publique. Pour y parvenir, elle devrait instaurer une approche de dotation qui permettrait à un certain pourcentage des employés de garder leurs pratiques cliniques ou leurs responsabilités en santé publique tout en leur offrant la possibilité de travailler avec l'Agence en temps partagé, en rotation ou en association.

Cette approche est selon nous intéressante puisqu'elle contribuerait à :

- Atténuer en partie le risque que la nouvelle agence enlève au système ses maigres ressources en favorisant des embauches qui promeuvent un partage de la capacité entre différents bureaux et organismes ;
- Élargir le bassin d'expériences intégrables aux activités de l'Agence ;
- Éviter que l'Agence devienne trop théorique ou désengagée du travail de première ligne ; et
- Réduire la distance entre l'Agence et la ligne de front en agissant comme voie d'accès à double sens entre les praticiens de la santé publique, les fournisseurs de services de santé sur le terrain et l'Agence elle-même.

Nous recommandons fortement l'adoption par l'Agence d'une approche progressive en matière de placement de diplômés et de postes de formation. La création d'occasions qui permettent l'accès au secteur à de nouvelles personnes est essentielle pour que le système de santé publique puisse relever les défis qui se posent à lui en matière de ressources humaines et qui risquent d'augmenter dans les années à venir.

Les étudiants qui envisagent une carrière en santé publique doivent souvent faire face à de nombreux obstacles dans leurs démarches pour l'obtention de stages de formation en santé publique. Cela limite le bassin de ceux qui pourraient opter pour une carrière en santé publique et ralentit les efforts de reconstruction des effectifs de la santé publique. Le GTMOA croit que l'Agence devrait mener par l'exemple et réussir à attirer vers elle les stages de formation si elle souhaite exercer une influence et contribuer l'augmentation du nombre de professionnels en santé publique auxquels l'ensemble du système de santé pourrait avoir accès.

Pour les raisons énumérées ci-dessus, nous croyons que l'Agence devrait adopter une approche rigoureuse axée sur une organisation flexible des ressources humaines.

Organisation des effectifs

Employés à temps plein

Pour atteindre un degré approprié de pertinence et de stabilité organisationnelle et pour développer des liens professionnels efficaces avec divers partenaires, l'Agence doit créer une histoire et une culture du milieu de travail. Cela exige un niveau de permanence, de continuité et de stabilité au cœur même de l'organisation. Par ailleurs, il existe de nombreuses fonctions quotidiennes essentielles qui pour être menées efficacement requièrent un nombre suffisant d'employés à temps plein.

Le GTMOA recommande que les cadres supérieurs et les dirigeants de tous les secteurs techniques soient engagés à temps plein. Il souligne de plus que le fonctionnement des laboratoires de santé publique de l'Ontario exige un nombre approprié d'employés permanents à temps plein.

Employés à temps partiel

Afin de veiller au maintien de la pertinence et de s'assurer que l'expertise de l'Agence demeure pointue, il importerait d'établir un ensemble d'ententes orientées autour du travail flexible. Cette approche axée sur une structure plus souple que la structure bureaucratique traditionnelle permettrait à ceux qui travaillent sur le terrain d'enrichir leur expertise et de la transmettre à l'Agence. Par ailleurs, le personnel concerné devrait avoir accès aux ressources, à la recherche et à l'expertise interdisciplinaire.

À titre d'exemple, dans le domaine de la prévention des infections, les professionnels en prévention des infections qui travaillent à temps partiel dans un hôpital et à temps partiel à l'Agence pourraient rapporter à cette dernière les informations et les réalités qu'ils vivent dans la pratique quotidienne. Parallèlement, l'Agence pourrait leur fournir l'accès à une équipe multidisciplinaire engagée dans des recherches de fine pointe.

Scientifiques et chercheurs associés

L'association à l'Agence de scientifiques et de chercheurs est un mécanisme efficace utilisé par des organismes tel le ICES (Institute for Clinical and Evaluative Sciences) pour promouvoir la recherche innovatrice. Cette approche permettrait à une personne d'être officiellement associée à l'Agence, d'y travailler sur certains projets stratégiques, selon le besoin, tout en conservant ses liens d'emploi dans son domaine de spécialisation ou son poste en enseignement. Le critère principal d'association à l'Agence devrait être l'expertise ou une contribution concluante dans un domaine spécialisé.

Nominations conjointes

Les chercheurs et les spécialistes en santé publique, en prévention des maladies chroniques et en santé environnementale sont avant tout des travailleurs du savoir. Il est fréquent que les personnes qui travaillent aux échelons supérieurs des administrations passent une bonne partie de leur vie professionnelle à relier les pratiques de recherche et la pratique clinique ou de terrain. La réalité des attentes actuelles en matière de travail doit se refléter dans la manière dont l'Agence conçoit sa structure de dotation.

À l'avenir, le recrutement des personnes de haut calibre devra se refléter, au-delà du salaire qu'elles reçoivent, dans la réponse à leurs attentes et leur fournir un environnement qui permet, soutient et favorise la recherche et la pratique.

Par conséquent, nous appuyons fermement la mise en place d'entente en matière de nominations conjointes par le moyen d'ententes basées sur l'affiliation académique. Cette approche est utilisée avec succès dans les agences de santé publique de la Colombie-Britannique et du Québec, ainsi que dans les CDC et l'administration gouvernementale des États-Unis. Elle est par ailleurs similaire aux approches adoptées par l'agence et les laboratoires de santé publique du Royaume-Uni et par de nombreux bureaux de santé publique et de centres de recherche en l'Ontario.

e GTMOA estime qu'avec le temps il sera possible 'avoir recours aux nominations conjointes pour recruter t retenir des personnes qualifiées. Une personne mployée par un organisme donné pourrait par exemple énéficier d'une nomination conjointe pour enseigner l'Université de Toronto et un membre du corps rofessoral de l'Université de Waterloo pourrait être onjointement nommé à l'Agence pour s'impliquer dans ne recherche. Cela présente en outre l'avantage de ommencer à rompre les barrières traditionnelles entre enseignement, les politiques et la pratique.

Détachements et transition

L'établissement de liens efficaces avec les différents organismes et la connaissance de leur fonctionnement sont des éléments importants puisque les activités de ces organismes recoupent de nombreuses activités de l'Agence. Il faut veiller à ce que l'Agence soit un partenaire fonctionnel qui comprend les processus et les structures des organismes avec lesquels elle est appelée à établir de solides liens de travail, par exemple les ministères partenaires et les bureaux de santé publique. Nous prévoyons que la structure de l'Agence permettra des détachements à deux sens entre membres du personnel dans certains domaines. Cela permettra au personnel de l'Agence et à celui d'autres organisations de ramener à l'Agence des expériences directes et dans l'autre sens, de rapporter des expériences et des connaissances à leur bureau de santé publique ou leur faculté. Un employé du ministère de la Promotion de la santé pourrait par exemple obtenir un détachement à l'Agence pour travailler avec des chercheurs et des spécialistes issus du terrain à l'évaluation des interventions sur le comportement en matière de lutte contre l'obésité.

Stages de formation et perfectionnement professionnel

Nous recommandons que par le moyen d'un programme structuré de stages de formation, l'Agence serve de terrain de formation aux nouveaux professionnels de la santé publique en fournissant des stages de formation aux étudiants et à d'autres personnes qui s'engagent dans le domaine de la santé publique.

Recrutement lié à des projets particuliers

Il s'agit d'embauches pour des périodes limitées liées à des projets particuliers ou à des initiatives basées sur des besoins localisés ou à court terme. Cette approche qui permettrait à des professionnels de diverses disciplines de travailler pour l'Agence rehausserait le niveau d'expertise de cette dernière ainsi que le niveau et la profondeur de l'engagement. Une telle approche pourrait être appliquée dans le cas d'un projet limité dans le temps et lié à un domaine d'expertise pointu, par exemple l'élaboration des pratiques exemplaires dans le domaine des mesures de contrôle de la tuberculose chez les nouveaux immigrants.

Des conseillers sous contrat garantissant la disponibilité

Des ententes de consultation permanente pourraient être établies pour accéder à certaines compétences hautement spécialisées dont l'Agence pourrait occasionnellement avoir besoin. Ainsi, un expert pourrait travailler pour l'Agence sur la base d'une entente de consultation permanente et il serait fait appel à ses services au besoin. À titre d'exemple, l'Agence n'aura probablement pas besoin de façon permanente des services d'un spécialiste des effets de l'exposition à la silice, mais selon le besoin elle pourrait vouloir mettre en place des mécanismes permettant l'accès à de tels services afin de rehausser sa capacité dans ce domaine.

Des processus efficaces

Établissement des priorités

Dans la première partie de son rapport, le GTMOA recommandait l'élaboration d'un plan stratégique triennal construit sur des priorités identifiées autour des deux axes suivants.

En premier lieu, la conception d'un mécanisme de coordination (plus détaillé au chapitre 3) afin de permettre au MSSLD, au ministère de la Promotion de la santé et aux ministères partenaires d'entreprendre l'établissement des priorités. Conscient de l'étendue du secteur de la santé publique, de l'importance de la sensibilisation interministérielle et de l'apport des données au travail de l'Agence, le GTMOA recommande que le médecin hygiéniste en chef dirige la mise en place d'un processus de coordination intra- et inter-ministères. Au Québec, ce type de mécanisme a donné lieu à des résultats positifs en permettant que les orientations stratégiques de l'INSPQ soient alignées sur les ministères appropriés, de manière claire et coordonnée.

En second lieu, le GTMOA propose d'intégrer au cycle de planification une série de mécanismes visant à fournir aux praticiens de la santé publique et aux fournisseurs de services de santé des occasions structurées et claires d'identifier des zones de besoins compatibles avec les mandats de l'Agence. Ces mécanismes pourraient inclure :

- La formation d'une table de représentants d'organismes de santé publique et de fournisseurs (p. ex., les Réseaux régionaux de contrôle des infections — RICN) et le réseau proposé de recherche et échange de connaissances qui à intervalles appropriés dans le cycle de planification de l'Agence se réuniraient afin de véhiculer les priorités stratégiques. Les organismes seraient chargés de sonder leurs membres et de dégager les priorités et les lacunes.
- Des représentants de chaque bureau de santé publique pourraient tenir des tables rondes, former des groupes de référence et réaliser des séances régionales de rétroaction dans le but de définir les priorités et les orientations les plus importantes pour eux.

Même s'il revient au conseil d'administration de prendre des décisions concernant le plan stratégique de l'Agence, ce plan devra être intégré à un tableau de priorités qu'elle aura identifiées. Le processus conçu pour permettre l'apport d'un flux de données pertinentes issues du terrain est un volet important qui peut contribuer au bon accomplissement du mandat de l'Agence au bénéfice de ceux qui s'occupent de protection et de promotion de la santé en Ontario.

Pertinence et accès

Le GTMOA recommande que l'Agence ne soit pas structurée comme une organisation virtuelle, mais qu'elle fonctionne plutôt en tant qu'infrastructure viable et complète dotée d'une présence physique concrète. Le GTMOA recommande en outre que l'Agence soit située à Toronto afin d'en faciliter l'accès au médecin hygiéniste en chef et aux ministères clés.

Par ailleurs, nous avons adhéré à la philosophie voulant que l'approche générale de l'Agence à la formation de partenariats avec le milieu universitaire ne doive pas être axée sur la proximité physique à la ville de Toronto, mais plutôt sur la proximité à des centres dont l'expertise concorde avec ses fonctions, et ce, dans les endroits où des mandats de l'Agence sont déjà en cours d'exécution. À cette fin, nous recommandons fortement que l'Agence maintienne cette approche et qu'elle établisse au fil du temps des ententes d'affiliation et de partenariat avec de tels centres partout dans la province, suivant les besoins et les contextes.

Nous avons également consacré beaucoup de temps à définir la façon dont la recherche, l'échange de connaissances et la formation pouvaient être menés efficacement dans un contexte géographique divers et sur la base de besoins variés.

Essentiellement, le GTMOA reconnaît que le travail de l'Agence ne peut que bénéficier de l'existence d'une capacité locale solide. À partir d'une perspective locale, il est important d'assurer l'existence d'une masse critique suffisante de savoir-faire et de compétences requises pour appliquer la recherche et les données probantes aux politiques et aux pratiques en matière de livraison des services de santé publique. Dans ce contexte, les conclusions du Comité d'examen de la capacité d'intervention et les actions orientées sur le renforcement des bureaux de santé publique qui pourraient en procéder seront d'une grande importance pour l'Agence.

Par ailleurs, le GTMOA est conscient du fait que de nombreuses activités de l'Agence exigent l'établissement de liens de coordination clairs en appui à la formation et à la recherche et afin d'assurer une détection rapide des risques et des besoins.

Dans le domaine des maladies infectieuses (notamment en prévention et contrôle des infections), il est manifeste que de nouvelles occasions de développer des liens coordonnés à travers la province sont en train de se créer. Les RICN qui sont organisés le long des lignes frontières des Réseaux d'intégration des services de santé rassemblent la santé publique, les soins actifs, les soins de longue durée et les fournisseurs de la communauté autour d'un ensemble de cibles. Ces réseaux sont d'utiles vecteurs qui peuvent fournir à l'Agence les moyens de diffuser et de livrer son travail et ses résultats et la possibilité de miser sur un mécanisme par lequel les besoins et les priorités scientifiques peuvent lui être relayés directement.

En matière de promotion de la santé, le GTMOA a indiqué dans la première partie de son rapport que la révision complète du Réseau des centres ontariens de ressources en promotion de la santé (Réseau CORPS) est un préalable à une meilleure définition des moyens à adopter et des endroits où il serait le plus indiqué d'établir des liens avec la capacité existante sans risque de duplication. Cela permettrait d'accroître la cohérence ainsi que l'accès au type de produits et de soutien qu'offre actuellement le Réseau CORPS.

Nous estimons que le travail visant à définir la meilleure façon de structurer de futures relations entre l'Agence et le ministère de la Promotion de la santé devrait commencer dès cette essentielle révision sera achevée.

Dans le domaine plus vaste des approches locales ou régionales à la santé publique et de la recherche, de l'éducation et de la formation, nous avons beaucoup appris de la mine d'expériences de l'Unité d'enquête sur la santé (UES) et du Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP). L'UES n'existe officiellement plus et le programme REDSP, bien que reconnu nationalement pour la qualité du travail qu'il a réalisé, a dû faire face à un problème de discontinuité dans l'atteinte des objectifs provinciaux et régionaux et à sa dépendance partielle sur le financement que lui fournissent individuellement les municipalités.

Des réseaux coordonnés de recherche et d'échange des connaissances

À l'exemple des initiatives qui sont mises en œuvre dans la lutte contre les maladies infectieuses, il devient essentiel de mettre en place des initiatives régionales bien coordonnées qui permettent de mieux appuyer la livraison des produits de la connaissance et des activités de formation en santé publique.

Le GTMOA estime qu'il est nécessaire d'adopter une approche plus cohérente et équitable au partage des connaissances, à la formation et au soutien à la recherche sur le plan régional. Pour mener à bien ce travail, nous suggérons qu'un processus misant sur les expériences des RICN soit instauré, en choisissant des organismes directeurs en fonction de critères tels :

- La représentation régionale, l'engagement et l'accès ;
- Les comités directeurs multidisciplinaires ;
- Un plan stratégique aligné sur plusieurs volets clés du mandat de l'Agence ;
- Des ententes établies en matière d'affiliation académique ; et
- Un dossier de référence probant dans les domaines de l'échange de connaissances, de la formation et de la recherche.

La transition à partir de l'approche actuelle ne sera ni rapide ni facile. Il est toutefois nécessaire de changer le statu quo si l'on souhaite mettre à profit l'expérience et l'expertise disponibles tout en les rendant accessibles partout dans la province de manière coordonnée et équitable.

L'établissement d'approches régionales coordonnées visant à augmenter la pertinence des recherches et à rendre leur accès plus équitable devrait être favorisé et devenir dès le début une zone d'intervention privilégiée de l'Agence.

Le travail collaboratif

Le travail d'équipe et la participation transversale devraient imprégner la culture et la philosophie de l'Agence dans ses relations avec les ministères et avec le terrain. Le GTMOA promeut le travail en équipe par le biais d'ententes axées sur le respect des domaines de responsabilité des parties concernées.

Prenons l'exemple d'un médecin du ministère du Travail et d'un médecin en santé publique au MSSLD qui travaillent avec des intervenants du terrain. Ces médecins pourraient, en fonction de l'approche que nous proposons, entreprendre avec des employés et des affiliés de l'Agence l'examen des dernières preuves de la recherche en matière de mesures portant sur l'accroissement du niveau de protection de la santé du personnel dans des circonstances déterminées. L'approche privilégiée devrait couvrir plusieurs niveaux d'engagement, de la participation continue aux détachements limités dans le temps.

Les ministères apporteraient à l'équipe de l'Agence leurs expertises et leurs spécialités, ainsi que leur connaissance approfondie des cadres législatifs et réglementaires qui pourraient s'appliquer. Les responsabilités conférées par la loi aux ministères demeureraient évidemment ce qu'elles sont. Dans ce contexte, le rôle de l'Agence serait de construire des ponts sur le plan scientifique et de travailler à fournir aux ministères, et en fin de compte aux intervenants du terrain, les informations les plus probantes. Cette approche représente également un moyen important de développer efficacement les liens de travail qui devront être instaurés et elle est nécessaire si l'on veut assurer que les occasions de perfectionnement professionnel offertes par les structures de l'Agence soient amplement accessibles au terrain, aux ministères et aux employés de l'Agence.

Recherche, échange de connaissances et formation

Réseaux régionaux de contrôle des infections

Dans toutes les régions de l'Ontario, un travail de grande envergure est en cours pour établir et développer des RICN. Ces réseaux sont nés du besoin d'assurer une plus grande coordination et cohérence dans la lutte contre les infections, dans les secteurs et entre eux.

Les réseaux rassemblent les soins actifs, la santé publique, les soins de longue durée et les fournisseurs de la communauté, officiellement et de façon coordonnée, sur le modèle des réseaux locaux d'intégration des services de santé. Leur rôle est d'identifier et d'améliorer les approches en matière de sensibilisation, de ressources, de formation et de soutien dans les domaines de la prévention et du contrôle.

Une fois établie, l'Agence pourrait se relier aux réseaux, miser sur leur capacité de fournir des ressources et des documents, de la formation et du soutien et recevoir d'eux des informations et des indications sur les zones prioritaires d'assistance en matière de prévention et de contrôle des maladies infectieuses et des infections.

Diffusion et livraison des produits du savoir

La production et la livraison d'outils et de ressources matérielles d'aide et de formation exigent de l'Agence qu'elle utilise une série d'approches accessibles et efficaces. Le GTMOA voit ici une occasion de tirer le meilleur parti possible des énormes investissements qui ont déjà été réalisés par les gouvernements provincial et fédéral en technologie de l'information et en systèmes de livraison des services. Il faudrait d'ailleurs, dans la mesure du possible, faire tous les efforts nécessaires pour utiliser les systèmes existants.

Les possibilités sont nombreuses :

- *Les services de télémedecine* : l'utilisation des services provinciaux de télémedecine comme Network North pour la livraison de la formation à distance et du soutien à la formation. Cette approche est de plus en plus utilisée dans un nombre croissant de disciplines, car elle représente un moyen efficace de livrer des formations spécialisées et du soutien à la formation à une grande quantité de fournisseurs de services de santé par le moyen de services accessibles et de prestations axées sur un bon rapport coût-efficacité.
- *Le Portail de la santé publique*[14] : L'Agence devrait miser sur le travail déjà entrepris pour développer un portail de santé publique pour les Ontariennes and les Ontariens. Dans cette perspective, la diffusion Web et les formations et outils accessibles sur le Web représentent une étape simple et pratique qui permettrait de miser sur des investissements déjà effectués. La formation sur le Web est de plus en plus employée par les CDC pour permettre aux praticiens et aux fournisseurs des services de santé d'accéder aux expertises internationales. Le soutien au développement d'un équivalent des « séries vidéo » illustre le type de valeur que pourrait créer l'Agence en rendant disponibles et en diffusant sur Internet les dernières conférences vidéos sur des mises à jour portant sur des sujets particuliers. Ce moyen efficace d'élargir l'accès aux expertises de premier plan est encore sous-utilisé en Ontario.
- *Les outils télévisuels en DVD et en cédérom* : Il existe de nombreux formats qui facilitent l'accès aux outils d'aide à la formation. Les technologies DVD et cédérom sont de plus en plus performants et elles permettent aux fournisseurs d'accéder à des formations et à des présentations de première qualité qui s'harmonisent à leur emploi du temps.

Les partenariats

Il ne serait pas pertinent de proposer que l'Agence duplique indûment l'expertise et la capacité existantes ailleurs, et nous n'envisageons aucunement un fonctionnement de l'Agence en vase clos. Pour devenir aussi efficace que possible, l'Agence devra miser sur la capacité, les compétences et les occasions qui existent déjà dans de nombreux réseaux et organisations, en Ontario et à l'extérieur. Pour réaliser son mandat, elle devra donc établir des liens officiels et informels avec le milieu de l'éducation supérieure, les organismes de recherche les ONG et les organismes clés du milieu de la santé (p. ex., les bureaux de santé publique).

Dans la première partie de son rapport, le GTMOA a mis au point une série de principes directeurs sur lesquels les partenariats devraient être fondés. Ces principes ont été élaborés en grande partie à partir des conseils de personnes qui ont fait face au défi de créer et de faire évoluer les partenariats avec le milieu de l'enseignement supérieur et les organismes dotés de mandats similaires au Canada et ailleurs dans le monde.

L'INSPQ a établi des partenariats et des ententes avec de nombreux établissements d'enseignement tels l'Université McGill, les universités de Laval et de Montréal et avec des organismes de recherche et des associations non gouvernementales. Le BCCDC et l'Université de Colombie-Britannique ont établi entre eux un partenariat étroit. Le CDC et les observatoires de santé publique du Royaume-Uni ont établi divers modèles d'ententes avec plusieurs centres d'études dans leurs établissements respectifs.

Bien que les différents types et modèles d'ententes d'affiliations académiques varient selon les endroits, ces ententes englobent en général les composantes suivantes :

- Un programme de recherche interdisciplinaire ou un axe d'intérêt et d'utilité commun aux deux parties ;
- L'accès à des examens déontologiques ;
- L'accès à des bases de données ;
- Des affiliations académiques individuelles pour les membres du personnel de l'Agence ;
- Des nominations conjointes à l'Agence pour les chercheurs en milieu universitaire ;
- Un ou des programmes de stages de formation pour les étudiants ; et
- Des nominations conjointes pour l'enseignement et le perfectionnement professionnel.

Les avantages démontrés des modèles de partenariats ou d'affiliations officielles sont évidents dans le domaine du recrutement où ils favorisent la définition d'intérêts partagés en matière de recherche et pour :

- Favoriser des liens plus étroits entre la recherche, les politiques et les pratiques ;
- Optimiser l'utilisation du financement de la recherche ;
- Attirer vers l'Agence et vers ses partenaires des ressources humaines de fort calibre ; et
- Permettre à l'Agence de réaliser son mandat en fournissant un meilleur accès possible à l'expertise, au soutien et à l'orientation.

Les partenariats recèlent toutefois leur lot de problèmes potentiels. Ces problèmes naissent de la diversité des cultures et des attentes ainsi que de la structure des mesures incitatives. Combler l'écart entre d'une part les fournisseurs de services de santé et les praticiens de la santé publique, et de l'autre, les programmes de planification des ministères et la communauté des chercheurs n'est pas toujours tâche facile. En ce domaine, le meilleur conseil que nous ayons reçu est de doter l'Agence de principes de recrutement clairs avant de procéder à des ententes d'affiliations académiques formelles ou d'adopter des approches en cette matière. L'Agence devrait réaliser progressivement cette démarche sur la base d'exigences de fonctionnement clairement identifiées.

En premier lieu, les partenariats envisagés devraient être :

- Alignés sur les valeurs, la mission, la vision et les objectifs fondamentaux de l'Agence afin de rehausser sa capacité à accomplir son mandat ;
- Régis par une politique de propriété intellectuelle qui définirait, dès le début, les modalités appropriées de partage et de possession de l'information et de l'innovation ; et
- Conformes aux principes énoncés ci-dessous.

Principes directeurs qui devraient guider les partenariats de l'Agence

La clarté

Le ou les objectifs du partenariat devraient être clairement définis et directement alignés sur les objectifs et les priorités stratégiques de l'Agence. Les règles qui gouvernent le partenariat doivent également être claires et bien définies.

La crédibilité

Les organisations partenaires devraient pouvoir démontrer un solide dossier de performance en matière de connaissances et d'expertises clés dans des domaines relevant du mandat de l'Agence.

La transparence

Les buts, les approches et les mécanismes d'entrée en partenariat doivent être transparents et ouverts pour toutes les parties intéressées.

L'accent sur les résultats

Les ententes de partenariat doivent énoncer de façon claire et mesurable les attentes en matière de rendement et générer des résultats utiles aux deux parties. Les résultats doivent être surveillés et évalués en conséquence.

Expiration des ententes de partenariat

Les accords de partenariat doivent être axés sur une durée limitée établie clairement, ils doivent être renouvelables, axés sur l'atteinte des objectifs et des résultats ciblés et ils doivent énoncer clairement les conditions et les dates de début et d'expiration des ententes.

Une valeur concrète

Les ententes de partenariat doivent s'articuler autour de mécanismes de règlement des différends axés sur un bon rapport coût-efficacité.

Des avantages réciproques

Les partenariats doivent être structurés de manière durable et viser à offrir des avantages aux deux parties.

Les priorités en matière de partenariat

Dès les premières étapes de son fonctionnement, l'Agence devra mettre en œuvre des mécanismes de définition de ses priorités en matière de partenariat. Le GTMOA recommande que ces priorités soient axées sur les fonctions que l'Agence définira pour réaliser ses engagements et pour produire les éléments livrables des projets. Pour mener à bien son mandat et pour atteindre les niveaux de performance qu'elle vise, l'Agence devrait étudier dès le début les différentes avenues qui s'offrent à elle. Il reviendra au conseil d'administration de prendre des décisions en cette matière et les exemples qui suivent représentent les domaines dont le GTMOA suggère de tenir compte.

Données et information

Le Institute for Clinical and Evaluative Sciences (ICES)[15], l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)[16], Statistiques Canada[17], l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada (IRCS)[18] et Action Cancer Ontario[19] font partie des organismes de premier plan qui détiennent des données dont l'Agence aura besoin pour pouvoir mener à bien un ensemble de fonctions analytiques conformément à son mandat. L'établissement d'ententes autour de l'accès à l'information, directement, ou centralement par l'intermédiaire du MSSLD, est de toute évidence une tâche primordiale pour l'Agence. Au cours du temps, nous envisageons cependant qu'outre son utilisation des données disponibles pour créer une capacité rehaussée d'analyse en santé publique, l'Agence devrait aussi créer par l'intermédiaire de ses partenariats des données qui pourraient être collectées dans la province et le pays.

Surveillance et épidémiologie

Le laboratoire de santé animale de l'Université Guelph collecte des données de la surveillance des maladies animales et de leur potentiel zoonotique. Ces données recueillies par des tiers doivent être diffusées de manière coordonnée dans les organismes de santé publique, de sécurité alimentaire et de santé animale. Étant donné que la plupart des maladies infectieuses émergentes proviennent des populations animales, ce type de surveillance est primordial si nous voulons augmenter notre compréhension des risques émergents et notre capacité à les prévoir. De plus, il est essentiel que, dès son démarrage, l'Agence établisse des ententes avec le ministère de l'Environnement au sujet des données portant sur l'analyse environnementale et l'analyse de la santé.

Formation et éducation

Pour développer et réaliser son mandat en matière de perfectionnement professionnel, l'Agence devrait envisager dès le début de former des partenariats avec divers organismes et universités. À titre d'exemple, on pourrait envisager d'établir un partenariat avec les bureaux de santé publique pour que les professionnels qui y travaillent puissent assumer certaines fonctions à l'Agence, ou encore avec des écoles de médecine ou de santé publique dans l'objectif d'ouvrir des portes aux étudiants qui s'intéressent au domaine de la santé publique. Le Programme canadien d'épidémiologie de terrain de l'ASPC et les initiatives qui se déroulent sous le Programme de REDSP sont des exemples de partenariats qu'il est possible d'établir dès le début en les axant sur le soutien au rehaussement de la capacité en Ontario.

Des formations conçues sur mesure autour de sujets précis, par exemple la zoonose et la santé publique, pourraient être offertes par le moyen d'un partenariat entre l'Agence et le Collège vétérinaire de l'Ontario. Il existe en outre une possibilité intéressante d'alliance entre l'Agence et l'Association pour la santé publique de l'Ontario (ASPO) pour fournir des outils de formation axés sur des compétences essentielles. Parallèlement, l'Agence devrait investir dans le perfectionnement professionnel de ses propres employés.

Communication

Pour construire en temps voulu sa capacité de communication, l'Agence devrait examiner les possibilités de partenariat avec le Health Communication Unit de l'Université de Toronto. Ce partenariat permettrait en outre d'améliorer la capacité de l'Agence en matière de participation à l'échange de connaissances durant la phase de démarrage.

Lors de la mise sur pied d'une structure de partenariat, l'Agence devra tenir compte des moyens de favoriser la collaboration et de construire des réseaux solides et elle devra adopter une approche intégrée garantissant une communication et des interventions efficaces entre les différents partenaires et à l'intérieur de l'Agence.

Types de partenariats

Tous les partenariats de l'Agence devraient être établis sur la base de contrats réglementaires ou de paramètres qui conviennent aux deux parties. Les divers types de partenariats pourraient aussi inclure des ententes avec le milieu universitaire et s'appuyer sur des options telles les

nominations conjointes, les détachements, le partage d'employés et les postes d'associés.

En tablant sur la capacité existante, l'Agence pourrait dès le début offrir des possibilités de perfectionnement professionnel, des formations et des occasions de placement aux diplômés. Ces éléments sont particulièrement importants si l'on tient compte de la volonté de l'Agence de livrer rapidement des résultats concrets aux praticiennes et aux praticiens de la santé publique et d'augmenter le niveau de reconnaissance de la santé publique en tant que domaine professionnel.

Des résultats probants

Il est essentiel que l'Agence mette en place des indicateurs de rendement et qu'elle définisse des mesures des résultats qui permettent d'évaluer sa performance et de rendre publiquement des comptes à ses clients et à ses bailleurs de fonds. Dans le cadre de la définition des indicateurs de performance de l'Agence, nous suggérons que les approches de la BCCDC et de l'INSPQ soient étudiées. Ces deux organismes mettent en application des processus de mesure du rendement pluriannuels et fournissent des rapports publics détaillés sur la progression du rendement. Nous suggérons que les quatre aspects suivants soient pris en compte lors de l'élaboration des indicateurs de rendement.

La rapidité de circulation de l'information

L'un des défis permanents auxquels sont confrontés les décideurs à plusieurs échelons des soins de santé réside dans la nécessité d'obtenir des informations de première qualité, des données probantes et des informations sur les pratiques exemplaires qui facilitent une prise de décisions rapide, basée sur un rythme souvent différent de celui que permet la structure des recherches en milieu universitaire. L'Agence ne commencera à créer de valeur que lorsqu'elle entreprendra de surmonter cet obstacle en augmentant la rapidité de circulation de l'information et la réactivité relativement aux besoins du terrain et des ministères. Cette démarche comportera des obstacles et augmentera la tension entre le besoin d'immédiateté et l'importance de la qualité. Cela dit, il est important que la rapidité de circulation s'intègre au cadre général de performance de l'organisation. L'une des questions sur lesquelles devra se pencher le premier conseil d'administration et le premier chef de la direction générale de l'Agence concerne la structure qui permettrait d'assurer une production rapide d'informations probantes et prêtes à l'utilisation.

L'utilité

Il serait important de rétrécir l'écart entre les besoins identifiés par les bureaux de santé publique et les fournisseurs en matière d'outils de qualité et de ressources fondés sur les preuves et la façon dont, souvent, les recherches et les preuves sont mises à la disposition des intéressés. Il existe des moyens innovants de permettre une dissémination rapide des premiers produits d'une recherche :

- La production de sommaires d'une page des conclusions principales (à la date de leur publication) et de leur application ;
- La mise au point d'une théorie de la décision simple à l'intention des praticiennes et des praticiens de la santé publique et du contrôle des infections ;
- L'élaboration d'approches basées sur des tests pilotes et visant à livrer des produits pertinents ; et
- La publication de bulletins électroniques portant sur les recherches et les programmes que développent d'autres organismes gouvernementaux.

Le GTMOA recommande fortement d'établir des mesures d'impact permettant de suivre l'évolution de la capacité de livrer des produits pertinents. Il ne devrait pas être suffisant d'énumérer les produits obtenus et il serait essentiel mettre en lumière les progrès et de mesurer l'utilisation des produits.

Fiabilité

L'Ontario possède l'expertise requise pour créer une Agence qui pourrait être reconnue au-delà des frontières de la province. Pour atteindre avec le temps ce niveau de crédibilité, il lui faudra produire des articles de premier plan revus par des pairs ainsi que des résumés et des rapports. Pour maintenir des normes de qualité élevées, l'Agence devra instaurer un processus de révision par les pairs qui fera appel à des chefs de file dans les domaines concernés, dans la province et à l'extérieur de la province. De ce point de vue, l'étendue de l'utilisation des produits, les mentions qui en sont faites dans les publications des organismes pairs et la mesure des résultats représentent d'importants points de repère.

Applicabilité

Il est également important de présenter des outils et des ressources de qualité fondés sur les preuves dans une forme qui soit utilisable par les fournisseurs et les décideurs. Pour atteindre cet objectif, il faudra faire appel à des ensembles de compétences spécialisées afin de

synthétiser et d'analyser les résultats scientifiques, les données et les preuves afin que les répercussions sur les politiques et sur les pratiques soient claires, évidentes et compréhensibles.

Par ailleurs, pour que l'Agence puisse s'adapter aux besoins des fournisseurs qui travaillent dans des environnements divers, il importe que les moyens qui permettent l'application des orientations scientifiques et techniques à différents environnements soient compris.

Cela signifie qu'il faut accorder une attention particulière à la présentation des informations et s'assurer qu'elle tient compte des réalités diverses des nombreuses composantes du système de santé. Cela implique aussi qu'il faut structurer les données de sortie de façon appropriée, et tester deux fois plutôt qu'une l'efficacité des méthodes de fourniture de l'information à des publics différents.

Par exemple, l'information sur les pratiques exemplaires dans le cadre du contrôle des maladies ne peut pas être uniquement axée sur les soins actifs. Les informations devront aussi être adaptées aux environnements des soins à domicile et des soins de longue durée et il faudrait également qu'elles soient rédigées en perspective de leur consultation par les infirmières autorisées ou les assistants personnels. L'Agence devrait se doter de mesures d'impact qui démontrent sa capacité de produire des outils et des informations accessibles et applicables qui sont ensuite testées sur le terrain et évaluées directement auprès des fournisseurs dans un vaste éventail d'environnements.

Chapitre 2

Gouvernance et responsabilité

Un survol

Pour définir la structure de gouvernance qu'il propose pour l'Agence, le GTMOA a consulté des experts, examiné les principes de bonne gouvernance qu'appliquent un certain nombre d'organismes sans but lucratif et a tenu des discussions avec des dirigeants clés du secteur de la recherche et de la santé en Ontario et dans l'ensemble du pays.

Certains principes clés sous-tendent la bonne gouvernance : la responsabilité, la transparence, la claire délimitation des rôles et des responsabilités et, enfin et surtout, une vigilance lucide et une focalisation sur la pratique de la gouvernance.

Le modèle de gouvernance que nous recommandons est centré sur les pratiques exemplaires que nous avons dégagées à partir des documents suivants :

- Examen du cadre de gouvernance des sociétés d'État du Canada : Répondre aux attentes des Canadiennes et des Canadiens[1].
- Public Appointments Processing Guide[2]
- Agency Establishment and Accountability Directive[3]
- Corporate Governance Guidelines for Building High Performance Boards[4].
- Principles for Good Governance in the 21st Century[5]
- Appointment Guidelines Governing Boards and Other Public Sector Organisations[6]

Indépendance

En accord avec les recommandations contenues dans les rapports Walker, Campbell et Naylor[7,9] et avec les engagements énoncés dans *l'Opération protection de la santé*[10], et afin que l'Agence soit neutre et crédible et qu'elle agisse en tant que fournisseur non politique de conseils scientifiques et techniques, le GTMOA recommande qu'elle soit indépendante du MSSLD fonctionnellement et sur le plan opérationnel. Cette approche est complémentaire aux changements législatifs qui sont en cours dans l'Ontario d'après la crise du SRAS et elle vise à établir clairement le droit du médecin hygiéniste en chef de s'exprimer de façon indépendante sur les questions de santé publique.

Bien que de nombreuses personnes considèrent que l'autonomie par rapport au gouvernement procurerait plus de souplesse et permettrait une approche plus centrée sur les éléments fondamentaux du mandat de l'Agence, cette autonomie ne garantira pas en elle-même la bonne gouvernance. Mettre l'accent sur l'autonomie est la partie la plus

simple de l'équation, mais établir l'équilibre entre cette dernière et une coordination efficace et une gouvernance solide est plus complexe.

L'INSPQ a été constitué en 1998 au moyen de mesures législatives particulières qui englobent la mission, la gouvernance et les fonctions de l'organisme de façon détaillée et exprimée par des définitions statutaires. Cet organisme représente un bon modèle en matière d'établissement d'une mince frontière entre l'autonomie et la coordination.

Outre le cadre légal, il existe entre l'INSPQ et le ministère de la santé et des services sociaux du Québec un protocole d'entente détaillé qui définit clairement de nombreux rôles et responsabilités.

Depuis son entrée en vigueur il y a sept ans, l'entente a bien servi l'INSPQ et elle constitue le fondement du respect que suscite l'INSPQ en dépit des réformes, des transitions et des nombreux changements politiques majeurs qui ont eu des répercussions sur la configuration gouvernementale ministérielle au Québec.

En ce qui concerne la structure proposée pour l'Agence, la province d'Ontario s'est informée et a retiré des leçons des expériences d'autres organismes. Contrairement aux expériences de la Colombie-Britannique, du Québec et même des États-Unis où les agences ont évolué de façon progressive sur plusieurs années, l'Ontario a consciemment pris la décision de créer une agence de protection et de promotion de la santé dotée d'un mandat défini à l'intérieur d'un délai d'exécution délimité dans le temps. Cette approche représente un défi plus grand puisqu'elle vise à introduire un nouvel organisme dans un domaine complexe et déjà bien développé, mais elle permet cependant de former dès le début la nouvelle Agence sur la base d'orientations définies et de choix volontaires.

Mesures législatives particulières

Le GTMOA a délibéré sur la meilleure façon d'établir l'Agence et a considéré plusieurs options :

- Des mesures législatives particulières ;
- Un règlement sous la Loi sur les sociétés de développement[11] ; et
- Une entente d'affiliation avec une agence ou un centre déjà existant.

Le GTMOA recommande fortement que l'Agence soit établie dès que possible par le moyen de mesures législatives particulières. L'Agence devrait être constituée en tant qu'agence d'État nommée aux annexes et rendant officiellement des comptes au ministre de la Santé et des Soins de longue durée qui, à son tour, rendrait compte des activités de l'Agence au corps législatif.

Le GTMOA recommande que ces mesures législatives contiennent des dispositions visant à :

- Permettre à l'Agence d'avoir accès au financement en provenance de tiers et de le garder ;
- Former un conseil d'administration fondé sur les compétences et indépendant du gouvernement;
- Inclure au conseil d'administration un représentant du public ;
- Permettre le redéploiement des effectifs lors de situations d'urgence et de situations d'urgence déclarées ; et
- Obtenir l'autorité légale qui permet à l'Agence de recueillir, utiliser et divulguer des informations personnelles de santé et autoriser d'autres organismes à divulguer et à partager des informations avec l'Agence.

Protocole d'entente

Dans le but de rehausser le niveau de responsabilité et la clarté de définition des rôles, le GTMOA recommande d'établir un PE entre l'Agence et le MSSLD. Le PE devrait :

- Détailler clairement les rôles, les responsabilités, les liens, et les attentes réciproques des parties ;
- Délimiter clairement le rôle de soutien de l'Agence dans les situations d'urgence et les situations d'urgence déclarées à l'intérieur du cadre provincial ;
- Élaborer en détail les mécanismes de reddition de comptes ainsi que le cadre des exigences de reddition de comptes, y compris le plan d'activités, la mesure du rendement et les rapports annuels;
- Définir les mécanismes de communication, les protocoles et les procédures de gestion des différends entre le MSSLD et l'Agence ;
- Établir les mécanismes et les structures qui permettront une contribution interministérielle aux plans stratégiques de l'Agence (p. ex. de la part du ministère de la Promotion de la santé) ;
- Garantir que l'instauration des processus qui permettront à l'Agence de s'acquitter de ses responsabilités financières et de réaliser son mandat ;

- Spécifier les procédures et les principes administratifs que l'Agence et toutes les parties intéressées doivent mettre en application ; et
- Inclure l'obligation de faire effectuer par des tiers des examens périodiques des opérations de l'Agence afin de s'assurer de la réalisation de son mandat.

Financement pluriannuel

Le GTMOA recommande que l'Agence soit financée sur une base pluriannuelle. Ceci lui permettrait de mettre en place une approche à plus long terme de la planification et de la gestion des ressources. Un plan de financement pluriannuel faciliterait l'exécution d'activités à long terme utiles au terrain et à la province. Le financement pluriannuel permet à l'Agence et au bailleur de fonds gouvernemental de prévoir et de planifier tout en favorisant un meilleur alignement de la planification stratégique et de la responsabilité, puisque les délais plus longs permettent de mieux relier les fonds aux résultats et aux éléments livrables, processus qui exige une période d'au moins un an.

Responsabilité

Tout en favorisant la responsabilité par les moyens mentionnés plus haut (les mesures législatives, les PE, le financement pluriannuel), le modèle recommandé de gouvernance établit des lignes et des liens hiérarchiques clairs et il intègre à la structure organisationnelle les fonctions de vérification et de gouvernance. Depuis la crise du SRAS, tous les rapports sur la santé publique ont souligné le fait que l'autonomie organisationnelle est essentielle. Cette autonomie est de toute évidence un prérequis à la réussite de l'Agence. Mais bien qu'elle procure un ensemble d'avantages potentiels en ce qui concerne la souplesse organisationnelle, le potentiel de réactivité, le recrutement et la rétention des scientifiques, elle comporte aussi des risques. L'un des risques potentiels les plus importants serait que l'Agence ne réussisse pas à s'acquitter de ses obligations de responsabilité et de transparence dans la gestion. C'est pour éviter cet écueil que nous avons mis l'accent sur une gouvernance forte.

Le président du conseil d'administration rend compte du fonctionnement de l'Agence devant le ministre de la Santé et des Soins de longue durée, qui à son tour fait rapport au corps législatif des activités de l'Agence. L'Agence servirait le terrain et de nombreux ministères et pour éviter toute confusion un seul ministre devrait répondre de ses activités.

Conformément aux principes de la bonne gouvernance, il faudrait mettre au point un cadre de responsabilités et l'Agence devrait faire rapport annuellement des progrès accomplis relativement aux mesures du rendement établies.

Agence –Calendrier de dépôts des plans et rapports

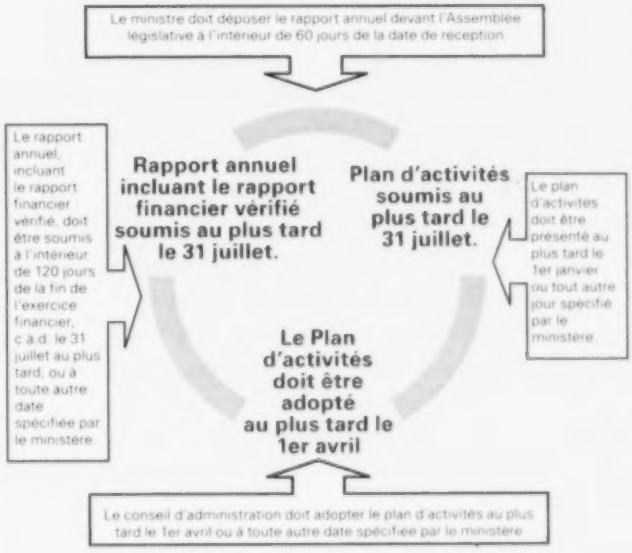


Tableau 3 : Calendrier de dépôts des plans et rapports de l'Agence

Accord sur la responsabilité

Les mécanismes de reddition de comptes de l'Agence devraient inclure un plan d'activités, un plan de rendement et un rapport annuel. Ces documents devraient établir clairement les buts de l'Agence, documenter les progrès réalisés et les résultats et fixer un calendrier d'atteinte de ses objectifs. Le ministre sera responsable de déposer le rapport annuel devant l'Assemblée législative.

Examen par des tiers

Le GTMOA recommande les opérations de l'Agence soient régulièrement examinées par des tiers. Tenant compte des faiblesses qui ont été soulignées dans les rapports qui ont suivi la crise du SRAS, le GTMOA est conscient de la nécessité de garantir que l'Agence fasse régulièrement examiner ses opérations par des tiers. Le GTMOA propose que ces examens soient réalisés par des spécialistes issus d'agences similaires et de ministères ontariens ainsi que de l'extérieur de l'Ontario. Les conclusions principales de ces examens devront être rendues publiques.

Transparence

L'Agence devrait être dotée de systèmes et de structures qui assurent la transparence dans l'application et la conformité des politiques internes. Les intervenants, le gouvernement et le public devraient pouvoir garantir par le moyen de rapports effectués sur une base régulière que l'Agence accomplit son mandat, réalise ses activités et utilise efficacement ses ressources.

Le plan stratégique de l'Agence devrait inclure les priorités communes de ses clients et il devrait être rendu public. C'est le comité permanent de la planification stratégique du conseil d'administration qui devrait l'élaborer en tenant compte des problèmes, des possibilités et des priorités de ses clients incluant celles des ministères, ainsi que les zones prioritaires clés identifiées par l'intermédiaire de l'engagement auprès des fournisseurs de service et des bureaux de santé publique.

Le plan annuel d'activités de l'Agence devrait inclure le plan d'action de l'Agence, les buts à atteindre, les stratégies requises pour atteindre ces buts, et les objectifs et les mesures du rendement qui correspondent à chaque but.

Par exemple, dans le domaine de la détection et de la réponse aux menaces représentées par les maladies émergentes, les stratégies ou les objectifs pourraient inclure : le renforcement de la capacité de surveillance en matière de nouvelles infections nosocomiales et la construction du bassin d'effectifs et d'expertises requis dans le domaine des maladies infectieuses et du contrôle et de la prévention des infections. Les mesures de rendement de ces objectifs pourraient inclure :

- Des modules de formation continue sur les maladies infectieuses à l'intention des professionnels de la santé publique développés et livrés à un nombre défini d'établissements ; et
- Des séminaires éducatifs portant sur le contrôle et la prévention des maladies infectieuses qui se tiendraient dans un nombre défini d'établissements, spécifiquement à l'intention des médecins de famille et des personnels des salles d'urgence.

Le modèle de gouvernance recommandé par le GTMOA et les liens hiérarchiques prévus est illustré ci-dessous :

Proposition de structure de gouvernance

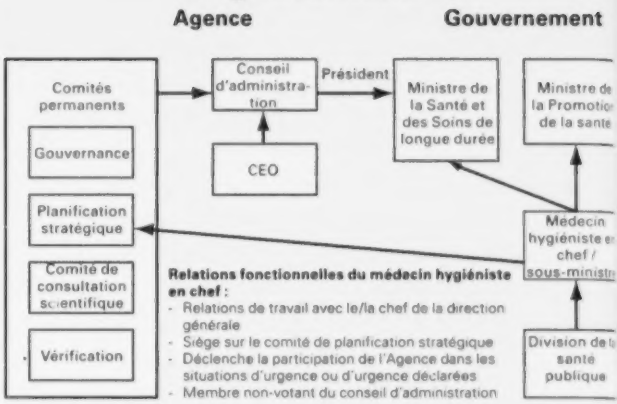


Tableau 4. Proposition de structure de gouvernance

Conseil d'administration

Structure et compétences

Les membres des conseils d'administration sont légalement tenus de gouverner leurs organismes de façon stratégique et avisée. Nous avons beaucoup appris de notre examen des pièges et des risques qui naissent d'une gouvernance faible ou mal définie. Partant du principe qu'une gouvernance faible donne des résultats faibles, nous avons décidé d'accorder beaucoup de temps à cette question.

En tenant compte des pratiques exemplaires, le GTMOA recommande que le conseil d'administration de l'Agence soit formé sur les compétences plutôt que sur la représentativité par rapport à des secteurs particuliers du domaine de la santé.

Tout en affirmant notre appui à un niveau approprié d'autonomie pour l'Agence, nous sommes conscients que les représentants élus et les représentants officiels de certains secteurs de la santé, de disciplines particulières ou d'organismes de santé publique ont des responsabilités distinctes face aux électeurs ou aux membres qu'ils représentent. En conséquence, le GTMOA n'appuie pas la formation d'un conseil d'administration axé sur la base de la représentativité puisque ce type de conformation implique le risque de formation d'une grappe d'affiliations floues qui pourrait nuire à la focalisation qu'exige l'avancement d'un nouvel organisme.

Le GTMOA recommandait dans son premier rapport que le conseil d'administration soit relativement restreint (sept à treize membres, incluant le président) et que les

nembres représentent un éventail approprié de connaissances et de compétences dans les domaines égaux, financiers, commerciaux, scientifiques, echniques, des communications ou de l'échange des nformations. Le conseil d'administration devrait comprendre des personnes qui possèdent des compétences en matière de santé publique ainsi que des compétences en leadership et dans le domaine élargi de la santé.

Le GTMOA suggère également que le conseil d'administration invite officiellement des représentants clés de l'ASPC et d'autres agences provinciales de santé publique aux réunions du conseil d'administration afin de favoriser de meilleurs liens entre le nouvel organisme et des ressources et des appuis essentiels partout au pays.

Le GTMOA recommande fortement que le premier conseil d'administration de l'Agence soit formé en 2006 et qu'il soit composé de cinq à sept membres afin que l'Agence puisse démarrer à temps et répondre ainsi aux engagements pris par le gouvernement et énoncés dans *Opération protection de la santé*. Le Conseil pourra ensuite être élargi et comprendre jusqu'à treize membres.

L'Agence étant un organisme indépendant sans but lucratif, son conseil d'administration devrait pouvoir créer des comités. Dans son premier rapport, le GTMOA avait recommandé que les comités permanents du conseil d'administration soient majoritairement formés de non membres du conseil. Toutefois, suite à son étude des pratiques exemplaires, le GTMOA recommande plutôt que ces comités soient composés d'une majorité de membres du conseil d'administration afin d'assurer la responsabilité continue du conseil d'administration. Le GTMOA recommande que la question de la composition des comités permanents soit abordée avec soin afin d'assurer que la responsabilité du Conseil est maintenue.

Le GTMOA recommande que le conseil d'administration établisse au minimum les comités permanents suivants :

Comité de la vérification

Le comité de la vérification devrait avoir les responsabilités suivantes :

- Assurer une surveillance appropriée de la responsabilité financière de l'Agence ;
- Étudier et recommander l'adoption par le conseil d'administration de politiques financières et de contrôles appropriés pour l'Agence ;
- Servir de point de liaison pour les vérificateurs internes et externes ;
- Veiller à ce que l'Agence agisse selon les principes d'un comportement financier éthique et qu'elle soit responsable dans son utilisation des fonds publics ; et
- Déceler et rapporter au conseil d'administration les risques financiers potentiels que court l'Agence.

Les membres de ce comité devraient être indépendants de la direction et agir en fonction d'un maximum de transparence. Ils devraient posséder une expérience, des compétences et des capacités appropriées dans le domaine financier et dans celui de la gestion des risques financiers.

Comité de gouvernance

Dans son premier rapport, le GTMOA n'a pas inclus de comité de gouvernance dans ses recommandations de comités permanents du conseil d'administration. Le GTMOA reconnaît à présent que pour appuyer une gouvernance efficace, il importe d'intégrer ce concept à la structure de l'Agence dès sa constitution plutôt qu'après d'éventuels échecs dans ce domaine. Le GTMOA recommande que l'Agence forme un comité de la gouvernance afin que ce dernier mette en place des processus et des protocoles visant à assurer une efficacité maximale du conseil d'administration.

La gouvernance exige que les membres du conseil d'administration possèdent des ensembles définis de compétences. Le comité de gouvernance de l'Agence devrait être exclusivement composé de membres du conseil d'administration. Il serait chargé de :

- Mettre en œuvre et examiner les politiques et les règlements de l'Agence ;
- Établir les processus et les critères d'évaluation sur lesquels le conseil d'administration devra s'appuyer ;
- Définir les critères, les points de référence, les objectifs et les mesures du rendement qui seront à la base du travail du chef de la direction générale et des hauts dirigeants ;
- Mettre sur pied le processus d'orientation du conseil d'administration et des programmes de formation continue ;
- Planifier la relève des membres du conseil d'administration et mettre à jour de façon continue le profil des compétences et des expertises existantes et recherchées ; et
- Définir et mettre en œuvre les mécanismes d'identification de candidats potentiels à des postes au conseil d'administration.

Comité de planification stratégique

Le comité de planification stratégique devrait avoir pour mission d'orienter stratégiquement le conseil d'administration et de :

- Soumettre au conseil d'administration un plan stratégique triennal ;
- Identifier les modifications ou les ajustements à apporter au plan stratégique et les présenter sans délai au conseil d'administration ;
- Proposer au conseil d'administration des approches visant à définir et à améliorer le processus de planification stratégique dans son ensemble ; et
- Déceler les obstacles potentiels dans l'atteinte des objectifs stratégiques de l'Agence et recommander au conseil d'administration des moyens de les atténuer.

En tant que membre du comité, le médecin hygiéniste en chef y jouerait un rôle clé et devrait assurer que le plan stratégique de l'Agence soit alimenté par les priorités identifiées sur le plan provincial et par les ministères partenaires.

Le comité devrait également orienter le conseil d'administration et l'aider à mettre en place des mécanismes visant à assurer que l'apport de l'ensemble des intervenants soit sollicité et pris en compte. Le comité devrait être chargé de recommander des approches axées sur le renforcement et sur l'augmentation du niveau d'intégration de l'apport régional et local aux fonctions d'établissement des priorités du conseil d'administration.

Comité consultatif scientifique

Ce comité serait formé de membres et de non membres du conseil d'administration et composé d'experts en sciences dans le domaine clinique, universitaire et de la santé publique. Il fournirait des conseils scientifiques et techniques et il serait étroitement lié au comité de planification stratégique. Ce comité devrait fournir au conseil d'administration :

- Des approches qui garantissent la cohérence et la rigueur scientifique ;
- Des protocoles en matière de pratiques éthiques dans le domaine de la recherche ; et
- De l'aide pour obtenir le concours d'experts nationaux et internationaux en vue d'appuyer l'examen par les pairs des processus et des pratiques de l'Agence et des documents qu'elle produit.

Choix et nomination des membres du conseil d'administration

Le premier conseil d'administration

Dans son premier rapport, le GTMOA recommandait de procéder par étapes à la formation du conseil d'administration, afin de nommer des administrateurs possédant une expertise en démarrage et faciliter ainsi le processus de lancement de l'Agence.

Les membres fondateurs formeraient ensuite le noyau du conseil d'administration et continueraient à y siéger en tant que membres. L'approche par étapes qui consisterait à passer d'un conseil d'administration de démarrage composé de cinq à sept membres à un conseil d'administration complet de treize membres pourrait minimiser les retards dans le lancement et le fonctionnement de l'Agence tout en préservant la continuité et la stabilité de sa base de membres et de ses dirigeants.

Cette approche par étapes fournirait également au président du premier conseil d'administration de meilleures possibilités de dresser le bilan des ensembles de compétences requises suivant une brève période de fonctionnement de l'Agence et de présenter au conseil d'administration des candidats capables de traiter les faiblesses potentielles dans son fonctionnement.

Le conseil d'administration complet

Les mandataires des organismes gouvernementaux sont en général nommés par décret. Le GTMOA recommande que le président et les membres du premier conseil d'administration soient identifiés par le moyen d'un processus transparent et neutre dirigé par les coprésidents du GTMOA, des spécialistes externes et d'un représentant de l'INSPQ. Il est suggéré de mettre au point une longue liste à partir de laquelle une liste restreinte serait soumise pour étude au ministre de la Santé et des Soins de longue durée. Une liste établissant clairement la description des fonctions, les compétences et les critères de sélection sur lesquels les candidats seront évalués devrait être rendue publique.

Pour assurer que les membres du conseil d'administration ont les compétences requises pour traiter des besoins changeants au fur et à mesure de l'évolution de l'Agence, le GTMOA recommande l'établissement de mandats décalés. Cela signifie que certains membres du conseil d'administration auraient des mandats de trois ans et que d'autres membres auraient des mandats de deux ans. Tous les membres du

conseil d'administration auraient ainsi la possibilité d'être nommés une seconde fois pour une période additionnelle de trois ans. Ce plan permettrait une meilleure planification de la relève et fournirait aux membres du conseil d'administration l'occasion de se perfectionner et de se présenter à des postes de leadership, par exemple à la présidence du conseil d'administration ou de l'un de ses comités.

Critères de sélection et compétences des membres du conseil d'administration

Le GTMOA a défini les critères et les compétences générales et particulières que devraient avoir les membres du conseil d'administration. Le GTMOA a également recommandé qu'un représentant du public fasse partie du conseil d'administration.

Les membres du conseil d'administration devraient démontrer les compétences générales et particulières suivantes :

- La compréhension des principes de la bonne gouvernance ;
- La capacité d'engager son temps et de participer de façon efficace aux différents processus de la gouvernance ;
- Des aptitudes à la communication ; et
- L'absence de conflits d'intérêts pouvant nuire à leur participation au conseil d'administration.

Des compétences démontrées et des connaissances particulières sont requises pour l'ensemble des membres du conseil d'administration :

- La connaissance de l'organisation, du financement, de la structuration et de la livraison de services de santé et de santé publique ;
- L'expérience de la haute direction dans un environnement complexe ;
- L'expertise en matière financière, incluant l'analyse financière, les prévisions et l'établissement de budgets ;
- La planification stratégique ;
- L'assurance de la qualité, la gestion du risque et la gestion de la performance ;
- Les compétences en matière légale et une compréhension des lois concernant la propriété intellectuelle et du droit de la santé ;
- La gestion des ressources humaines ;
- L'expertise en matière d'organismes en démarrage ;
- Les communications et le marketing dans un contexte de relations entre le gouvernement, les médias et le public ;
- L'expertise universitaire en science, recherche ou éducation ; et
- Autres compétences techniques spécialisées telle l'expertise dans un domaine technique particulier, en salubrité de l'environnement, en zoonose, en médecine de laboratoire ou autres domaines pertinents.

Chef de la direction générale

Le chef de la direction générale dirige les opérations et l'Agence dans son ensemble. Il se rapporte au conseil d'administration. Le conseil d'administration devrait recruter et engager le chef de la direction par l'intermédiaire d'un processus de recrutement et de sélection clair et transparent. Le conseil d'administration est chargé d'évaluer la performance du chef de la direction.

Le GTMOA recommande fortement que le médecin hygiéniste en chef ait un rôle direct à jouer dans le choix du chef de la direction générale. Bien que ce dernier doive se rapporter à l'ensemble du conseil d'administration, la relation de travail entre le médecin hygiéniste en chef et le chef de la direction est un facteur important pour la bonne marche de l'Agence.

Le chef de la direction générale serait responsable de la gestion et de la performance de l'Agence ainsi que de la mise en œuvre du plan stratégique et d'assurer que les objectifs de rendement sont atteints.

Le chef de la direction générale fournit à l'Agence son orientation scientifique. Le GTMOA recommande d'entreprendre une recherche internationale pour susciter des candidatures à ce poste.

Le GTMOA recommande aussi que le futur chef de la direction puisse démontrer plusieurs compétences indispensables :

- Une expérience établie en tant que dirigeant d'un secteur de santé ou de santé publique ;
- La capacité de recruter et de retenir des personnes compétentes ;
- Du leadership sur le plan de l'organisation ;
- La capacité démontrée de fonctionner efficacement avec le gouvernement dans son ensemble ou avec différents paliers de gouvernement ;
- Des habiletés exceptionnelles en matière de communication et de rédaction ainsi qu'en leadership motivationnel et en relations publiques ; et

- Une expérience opérationnelle établie et des preuves de réalisations exceptionnelles en matière de développement d'équipe et de sensibilité aux travailleurs de première ligne.

Le GTMOA recommande également que le chef de la direction générale démontre les compétences suivantes :

- L'habileté à développer, favoriser et maintenir des liens et des partenariats stratégiques avec divers intervenants, y compris avec des personnes issues du milieu universitaire, des divers paliers de gouvernement, des bureaux de santé publique, des fournisseurs de services de santé, des organisations de services de santé et des agences nationales et internationales ;
- Une vaste expérience en gestion et la connaissance des pratiques, des approches et des stratégies de la gestion innovatrice ;
- La capacité de démontrer qu'elle ou il n'est pas trop réfractaire au risque ;
- La faculté d'assumer un rôle intégrateur ou de médiation dans des contextes complexes et avec des intervenants divers ;
- Des réalisations concrètes en matière d'amélioration de la salubrité des lieux de travail ;
- De l'expérience en gestion d'organismes ou d'entreprises en démarrage ;
- Une intégrité démontrée et des normes éthiques élevées ;
- Des qualités de leadership démontrées dans le domaine de la recherche ; et
- Une capacité démontrée de faire preuve de souplesse et de s'adapter à un environnement en évolution.

Rôle du médecin hygiéniste en chef auprès du conseil d'administration

Le médecin hygiéniste en chef doit agir de façon à garantir l'alignement des priorités de l'Agence sur les attentes et les objectifs identifiés sur le plan provincial. Le GTMOA recommande que le médecin hygiéniste en chef assiste et participe à toutes les réunions du conseil d'administration et soit membre du comité de la planification stratégique. La participation du médecin hygiéniste en chef au comité de planification stratégique permettrait d'assurer l'harmonisation du plan stratégique de l'Agence et des priorités des ministères partenaires.

Le GTMOA recommande que les décisions se prennent sur le mode du consensus tout en tenant compte du fait que les membres du conseil d'administration devront voter sur certaines questions. Le GTMOA recommande que le médecin hygiéniste en chef ne soit pas intégré au conseil d'administration en tant que membre votant, et ce, pour les raisons suivantes :

- Si l'Agence est responsable devant le MSSLD et qu'elle est financée par ce dernier, il est probable que, de manière directe ou indirecte, le médecin hygiéniste en chef assume le rôle de sous-ministre adjoint (S-MA) et qu'il soit chargé de prendre des décisions qui pourraient avoir des incidences sur le financement de l'Agence par le MSSLD.
- Selon l'approche proposée, le médecin hygiéniste en chef devrait être investi de l'autorité de déclencher le redéploiement des effectifs ou des ressources de l'Agence dans les situations d'urgence. Il s'agit d'une disposition nécessaire et importante qui dans certaines circonstances accorderait au médecin hygiéniste en chef un important degré d'autorité sur le conseil d'administration.

En privilégiant cette approche, nous avons tenté de répondre à trois objectifs :

1. Garantir un rôle clair au médecin hygiéniste en chef dans la mise en oeuvre de l'orientation et des plans stratégiques de l'Agence ;

2. Protéger l'intégrité du rôle du médecin hygiéniste en chef en tant que S-MA détenant une autorité directe ou indirecte sur le budget de l'Agence ; et

3. Maintenir la prépondérance du rôle du médecin hygiéniste en chef vis-à-vis l'Agence dans des situations d'urgence ou des situations d'urgences déclarées.

Le médecin hygiéniste en chef devrait aussi s'engager de façon directe dans l'étude du plan de rendement ou de l'entente entre le MSSLD et l'Agence en matière d'harmonisation avec le plan stratégique de l'Agence.

Le médecin hygiéniste en chef pourrait aussi se voir déléguer par le ministre l'autorité de passer des contrats avec l'Agence pour des recherches ou des projets particuliers qui s'intégreraient au processus budgétaire annuel par le moyen d'une entente ou du plan de rendement.

Pour conclure, il est essentiel que s'établisse une bonne relation de travail entre les membres de la haute direction de l'Agence (notamment le chef de la direction

générale), le médecin hygiéniste en chef et la Division de la Santé publique. L'Agence devrait aussi privilégier un fonctionnement quotidien positif et axé sur la collaboration avec d'autres sections du MSSLD et d'autres autres ministères. L'instauration d'un dialogue et de communications régulières entre les gouvernements et les agences de santé publique a été identifée comme un facteur clé de succès par le BCCDC et l'INSPQ.

Chapitre 3

Coordination intraministérielle et interministérielle

La première partie du rapport traitait des recommandations du GTMOA en matière de rôles et de responsabilités de l'Agence et des ministères selon le modèle présenté au tableau 5.

Dans l'objectif d'établir des responsabilités claires, nous recommandons qu'il n'y ait officiellement qu'une seule porte d'entrée pour les données relatives aux priorités stratégiques provinciales et nous suggérons que le mécanisme en soit coordonné par le MSSLD. Pour que cela puisse se réaliser, il faudra mettre en place des mécanismes qui facilitent l'incorporation de données issues de divers ministères dont les intérêts recoupent certaines zones du mandat de l'Agence, et il faudra permettre l'intégration de ces données au processus d'établissement des priorités de l'Agence.

Le ministère de la Promotion de la santé (MPS) et l'Agence auront en commun de nombreuses zones d'intérêt. Dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques et des blessures, l'Agence devra être particulièrement réceptive aux priorités, aux stratégies et aux besoins définis par le ministère de la Promotion de la santé.

Comité intraministériel

Selon le modèle proposé, le MSSLD serait responsable de communiquer les zones prioritaires de travail à l'Agence. Dans ce contexte, le GTMOA recommande que le MSSLD forme un comité intraministériel dont la mission serait de coordonner l'identification de projets. Ce comité interne pourrait aussi garantir que les zones prioritaires de travail identifiées dans le plan stratégique de l'Agence à partir de la perspective provinciale couvrent de façon appropriée tout le continuum des services de soins de santé (p. ex. les soins de longue durée, la santé communautaire, les soins primaires, les soins actifs, les soins à domicile, etc.). Le comité intraministériel pourrait aussi veiller à ce que les projets en cours soient vraiment cohérents avec le mandat de l'Agence.

Comité interministériel

To Le GTMOA recommande que le MSSLD forme un comité interministériel dans le but de coordonner efficacement les données d'entrées et les conseils provenant d'autres ministères et dont l'Agence devrait tenir compte dans l'élaboration de son plan stratégique triennal.

Rôles et responsabilités	MSSLD / MPS	Agence
Élaboration des politiques, des règlements et des mesures législatives.	Rôle de premier plan.	Informer et participer en fournissant des avis scientifiques et techniques et en identifiant les risques émergents.
Conformité et responsabilité.	Fait respecter la conformité avec les Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires de l'Ontario'.	Appuyer le MSSLD et le ministère de la Promotion de la santé en leur fournissant des recherches et des preuves à l'appui des normes établies, élaborer des modèles et des outils et aider les ministères à livrer au terrain les Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires de l'Ontario.
Planification, formation et évaluation des ressources humaines de la santé publique.	Est responsable de l'ensemble des stratégies en matière de ressources humaines de la santé publique.	Relever et faire rapport au sujet des lacunes en matière de formation. Identifier et livrer des formations ciblées et des outils de soutien spécialisés. Agir en tant que fournisseur de perfectionnement professionnel continu des praticiens, des scientifiques et des chercheurs du domaine de la santé.
Gestion des situations d'urgence.	Les ministères concernés conservent la gestion des situations d'urgence.	Fournir du soutien et de l'aide technique et scientifique au gouvernement, avant, pendant et après les situations d'urgence. Fournir au terrain du soutien en temps voulu, suivant les besoins et les directives.
Communications	Rôle de premier plan en matière de communications dirigées aux praticiens, au public et aux médias.	Produire des communications spécialisées à l'intention des fournisseurs de services de santé et des bureaux de santé publique. Soutien à la communication des risques.
Liens avec les bureaux de santé publique, les hôpitaux, les résidences de soins de longue durée et les centres de santé communautaire.	Rôle de premier plan dans le financement des bureaux de santé publique et autres établissements de services de santé.	Fournir du soutien technique et scientifique spécialisé incluant le soutien au terrain et à la formation. Synthétiser les pratiques exemplaires, les lignes directrices et les outils pratiques. Offrir des conseils spécialisés.
Maladies à déclaration obligatoire	L'obligation officielle de rapport reste sous la responsabilité des bureaux de santé publique et du MSSLD.	Appuyer l'analyse de tendance des données disponibles, la mise au point et la mise à jour des outils épidémiologiques. Fournir, suivant le besoin, un appui supplémentaire à l'analyse et à l'interprétation des données d'études épidémiologiques.
Établissement des normes	Les ministères gardent leur rôle d'établissement des normes de livraison des programmes	Fournir des preuves et des analyses à l'appui de l'établissement des normes.

Note 1 : certains rôles pourraient ne pas s'appliquer couramment au ministère de la Promotion de la santé (p. ex. la gestion des situations d'urgence)

Tableau 5 : Rôles et responsabilités

Le comité interministériel devrait définir et regrouper les initiatives, les projets ou les programmes qui correspondent au mandat de l'Agence. Ces projets et programmes seraient alors recommandés et les priorités seraient établies pour la première, la seconde ou la troisième année du plan stratégique triennal.

Le GTMOA propose que le médecin hygiéniste en chef préside le comité interministériel et que celui-ci siège quatre fois l'an et plus si nécessaire. Le GTMOA recommande que le comité interministériel comprenne les ministères essentiels suivants :

- Santé et Soins de longue durée ;
- Promotion de la santé ;
- Agriculture, Alimentation et Affaires rurales ;
- Travail ;
- Environnement ;
- Services à l'enfance et à la jeunesse.

Les activités de ces ministères recoupent ceux de l'Agence. Ces ministères clés peuvent être élargis au fur et à mesure de l'évolution du rôle de l'Agence. Afin de garantir que les priorités qui pourraient émaner des quatorze réseaux locaux d'intégration des services de santé soient prises en considération, il est recommandé d'établir à l'intérieur du MSSLD des canaux par lesquels il sera possible de transmettre les priorités stratégiques émergentes au comité intraministériel.

Le médecin hygiéniste en chef assume aussi les fonctions de sous-ministre adjoint à l'intérieur du MSSLD et du ministère de la Promotion de la santé. Le GTMOA croit qu'étant donné la double fonction qu'exerce le médecin hygiéniste en chef, il est logique qu'il soit responsable de la mise en œuvre des priorités identifiées par le moyen des processus décrits plus haut.

Le cas échéant, le médecin hygiéniste en chef serait alors en bonne position pour transmettre les sujets de discussion entre le MSSLD, les autres ministères et l'Agence. Le GTMOA reconnaît par ailleurs que ce modèle ajoute des responsabilités aux fonctions du médecin hygiéniste en chef. Le GTMOA suggère par conséquent que le médecin hygiéniste en chef puisse déléguer ces responsabilités suivant le besoin et tel qu'indiqué par des astérisques au tableau qui suit.

Rôle proposé du médecin hygiéniste en chef auprès de l'Agence

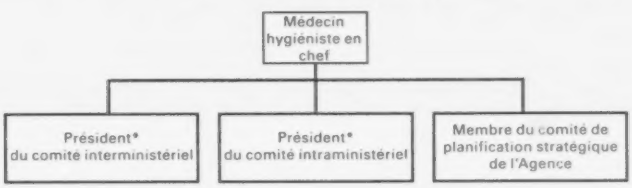


Tableau 6 : Rôle du médecin hygiéniste en chef

En bout de ligne, le conseil d'administration devra approuver le plan stratégique sur la base du flux provincial de données et de zones prioritaires définies par le terrain. L'Agence devrait faire rapport au MSSLD de sa mise en œuvre.

Le GTMOA recommande que l'Agence et le MSSLD mettent au point des mécanismes officiels qui délimitent clairement la façon dont doivent s'effectuer les communications entre les ministères partenaires et l'Agence. Le GTMOA recommande plus particulièrement les catégories suivantes de protocoles. Les mécanismes recommandés pour l'élaboration du plan stratégique de l'Agence sont présentés au tableau 7.

Protocoles et coordination

Protocoles de communication

L'élaboration de protocoles de communication entre l'Agence et le MSSLD est essentielle si l'on souhaite assurer que les deux parties soient informées et conscientes des activités, projets et communications qui ont cours dans tous les domaines d'intérêt mutuel. Bien que la réalisation de telles ententes incombe au président du premier conseil d'administration et au MSSLD par le biais du processus de PE, l'application des principes qui en découleraient pourrait dépasser les limites du MSSLD et servir de modèle à plusieurs ministères.

Aide à la gestion des situations d'urgence

Le GTMOA a déployé des efforts soutenus pour définir clairement les rôles et responsabilités des ministères dans les situations d'urgence et celui de l'Agence dans la hiérarchie des responsabilités. Le rôle de l'Agence est traité au chapitre 7. Le GTMOA recommande que l'Agence agisse en tant que fournisseur de conseils scientifiques et techniques et qu'elle offre sa capacité d'intervention et d'appui lorsque la situation l'exige.

Obligation de notification mutuelle

Le GTMOA recommande que soient mis en place un cadre et un processus afin de permettre la notification rapide de problèmes émergents. Par exemple, si une tendance inhabituelle est détectée par le MSSLD et que cette tendance a des incidences sur les activités et sur les mandats de l'Agence celle-ci devrait en être notifiée le plus tôt possible. La réciprocité est ici essentielle.

Processus d'exécution des fonctions et de reddition de comptes

Les processus d'exécution des fonctions et de reddition des comptes devraient être établis par le moyen de PE ou par des ententes officielles dans le cas de projets ou d'initiatives qui ne cadrent pas dans des PE.

Échange des informations entre les ministères et l'Agence

Bien que le mécanisme officiel d'établissement des priorités doive être structuré et coordonné, cela ne devrait pas freiner l'établissement de liens de travail directs entre l'Agence et les ministères partenaires en matière de tâches et de projets conjoints lorsqu'une

priorité est identifiée. Par ailleurs, lorsque naît un projet particulier extérieur à l'entente établie par le plan stratégique, les relations entre l'Agence et les ministères partenaires devraient être structurées de façon à permettre que des ressources supplémentaires adaptées à sa nature et à son étendue lui soient attribuées.

Mécanismes d'élaboration du plan stratégique triennal de l'Agence

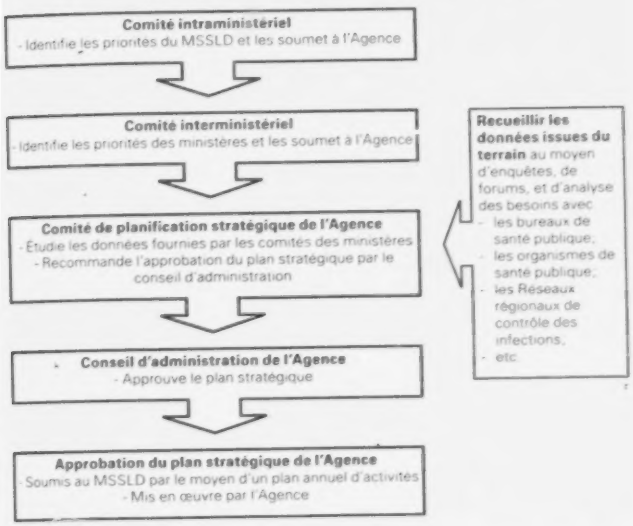


Tableau 7 : Mécanismes d'élaboration du plan stratégique triennal de l'Agence

Il est également important que les ministères et l'Agence puissent assurer que la prise en charge et l'échange des informations se déroulent de façon appropriée, efficace et diligente. Nous prévoyons que ces processus devront être réexaminés et réajustés au fil du temps. Pour mener ses fonctions d'analyse et de recherche conformément à son mandat, l'Agence devra être investie de l'autorité nécessaire pour conclure un certain nombre d'ententes avec des ministères afin de permettre l'accès à des informations pertinentes, par exemple au Modèle d'évaluation de la qualité de l'air (MEQA) qui est utilisé pour estimer les niveaux courants de PM2.5, d'ozone et de précurseurs.

Le ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation et des Affaires rurales s'occupe de certains volets de la surveillance de la santé animale notamment la surveillance diagnostique menée par des pathologistes et autres employés du Laboratoire de santé animale de Guelph. Les informations provenant du laboratoire de santé animale pourraient être fournies à l'Agence afin que cette dernière établisse un diagramme des informations et analyse les informations recueillies auprès des bureaux et des laboratoires de santé publique sur la base d'une approche corrélée. Cette démarche pourrait exiger de modifier les procédures existantes en matière de divulgation de l'emplacement des informations portant sur les éclosions de maladies animales. Toutefois, l'établissement de liens avec les analyses correspondantes de cas humains ajouterait de la valeur et permettrait une approche enrichie aux liens entre la santé humaine et la santé animale. L'amélioration de la coordination des stratégies de surveillance faisait partie d'un certain nombre de recommandations faites par le juge Roland Haines dans son rapport intitulé *Ferme à la fourchette : une stratégie intégrale pour la salubrité des viandes en Ontario. Rapport d'examen de la réglementation et de l'inspection des viandes*[3]. Avec le temps, l'articulation aux bases de données fédérales suivrait naturellement l'intégration des données de surveillance sur le plan provincial.

La coordination de la surveillance des bases de données des organismes de santé publique, de salubrité des aliments et de santé animale devrait être encouragée. Le Bureau du vétérinaire en chef de l'Ontario a récemment été créé avec la mission de coordonner les incidents ou les urgences animales ou de sécurité alimentaire et établir un lien avec des partenaires clés tel le médecin hygiéniste en chef ou autres partenaires dont l'aide pourrait être précieuse dans de telles circonstances.

RÔLE DE L'AGENCE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE : UN EXEMPLE.

La recherche concernant les incidences de la qualité de l'air sur la santé est mal comprise et faiblement coordonnée.

- Par la voie d'un partenariat avec le ministère de l'Environnement, l'Agence pourrait faciliter la recherche actuelle sur la qualité de l'air en effectuant systématiquement l'examen et l'évaluation des conclusions des recherches et en entreprenant de solides recherches scientifiques dirigées par des médecins sur des questions telle la salubrité de l'environnement. Elle pourrait aussi utiliser les données qui relient la qualité de l'air et la santé pour étayer les approches de surveillance et de recherche sur les plans local et provincial.

- L'Agence pourrait aussi créer de la valeur en effectuant des liaisons croisées de données et en analysant, dans la mesure du possible, les variations dans l'utilisation de la salle d'urgence, ou en identifiant avec le temps les tendances temporelles ou géographiques liées aux impacts sur la santé. En se basant sur ces résultats, l'Agence pourrait ensuite fournir des conseils sur le raffinement ou sur la mise à jour du type d'informations qui pourraient être prises en compte en cas d'alerte au smog.

- L'Agence pourrait concevoir à l'intention des bureaux de santé publique et des fournisseurs de services de santé des messages fondés sur des résultats scientifiques et portant sur l'interprétation et la pertinence des mesures d'évaluation de l'indice de la qualité de l'air. L'Agence pourrait aussi recommander aux bureaux de santé publique des messages et des stratégies clés de diffusion efficace de ces messages.

- L'Agence pourrait démontrer du leadership et une capacité d'innovation en rapprochant et en reliant de façon coordonnée plusieurs intervenants qui pourraient ne pas s'être engagés dans les questions environnementales à cause d'un manque de ressources ou d'un cadre hiérarchique flou, par exemple dans le cas de la qualité de l'air intérieur. L'Agence établirait des liens avec tous les ministères dont les mandats englobent des aspects liés à la santé environnementale.

RÔLE DE L'AGENCE DANS LE CADRE D'UNE ÉPIDÉMIE ÉTENDUE NON URGENTE IMPLIQUANT DES HUMAINS ET DES ANIMAUX : UN EXEMPLE.

L'éclosion d'un agent jusque-là inconnu s'étend à plusieurs collectivités de l'Ontario. On pressent l'émergence d'une maladie zoonotique.

Avant l'éclosion

- Relier la surveillance des bases de données de la santé publique, de la sécurité des aliments, du Laboratoire de santé animale (Guelph) et des bases fédérales pour améliorer la capacité de surveillance générale des maladies zoonotiques.

Durant l'éclosion

- Fournir tout le support nécessaire aux équipes locales de gestion des épidémies en matière de surveillance, d'analyse des données épidémiologiques, de gestion de cas et de recherche de contacts, partout où le médecin hygiéniste en chef l'estime nécessaire.

- Faciliter l'analyse rapide des spécimens afin de contribuer à détecter l'agent déclencheur de l'éclosion à travers un laboratoire de santé publique amélioré et étendu opérant à partir de l'Agence.

- Permettre à plusieurs établissements l'accès aux réseaux de recherches, universitaires et scientifiques de l'Agence afin de faciliter l'analyse des données et la mise au point de conseils concernant les pratiques recommandées durant l'épidémie. Dans ce scénario, l'Agence travaillerait conjointement avec le MSSLD et fournirait son expertise au ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation et des Affaires rurales, au Collège de médecine vétérinaire de l'Ontario, à l'Université de Guelph et au Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire (fédéral). L'Agence devrait aussi s'assurer de pouvoir compter sur plusieurs vétérinaires expérimentés en santé publique qui seraient prêts à fournir une aide et une expertise technique immédiate. Elle serait responsable de coordonner ces partenariats.

- Établir la liaison et travailler en collaboration à tous les niveaux de la structure d'intervention mise en place en collaboration avec le médecin hygiéniste en chef, l'Unité de gestion des situations d'urgence et autres agences et ministères concernés.

Après l'éclosion

- Soutenir la collaboration entre les chercheurs et le développement de la recherche liée à l'agent zoonotique visé et coordonner l'accès aux données et à la recherche ciblée.

- Fournir l'expertise technique nécessaire pour appuyer l'amélioration de la surveillance courante et suivre de loin l'évolution de l'agent identifié.

Chapitre 4

Démarche organisationnelle

Le GTMOA suggère que les opérations de l'Agence soient axées sur un ensemble de *fonctions* à être réalisées pour les *clients* de l'Agence à l'intérieur d'un certain nombre de *domaines de spécialisation*. Le rôle de l'Agence en matière de soutien à la gestion des situations d'urgence et des urgences déclarées est traité séparément puisqu'il recoupe les fonctions liées à plusieurs domaines de spécialisation.

Fondement de la structure organisationnelle

En analysant les différents types de structures possibles, le GTMOA a tenu compte de l'exigence de souplesse et d'interdisciplinarité de la nouvelle Agence et de l'importance de mettre l'accent sur la création de formations, de ressources de soutien professionnel et de produits de la connaissance à l'intention des intervenants du terrain et des ministères concernés. Le GTMOA a ensuite défini des principes sur lesquels il s'est basé pour formuler la proposition de structure organisationnelle de l'Agence.

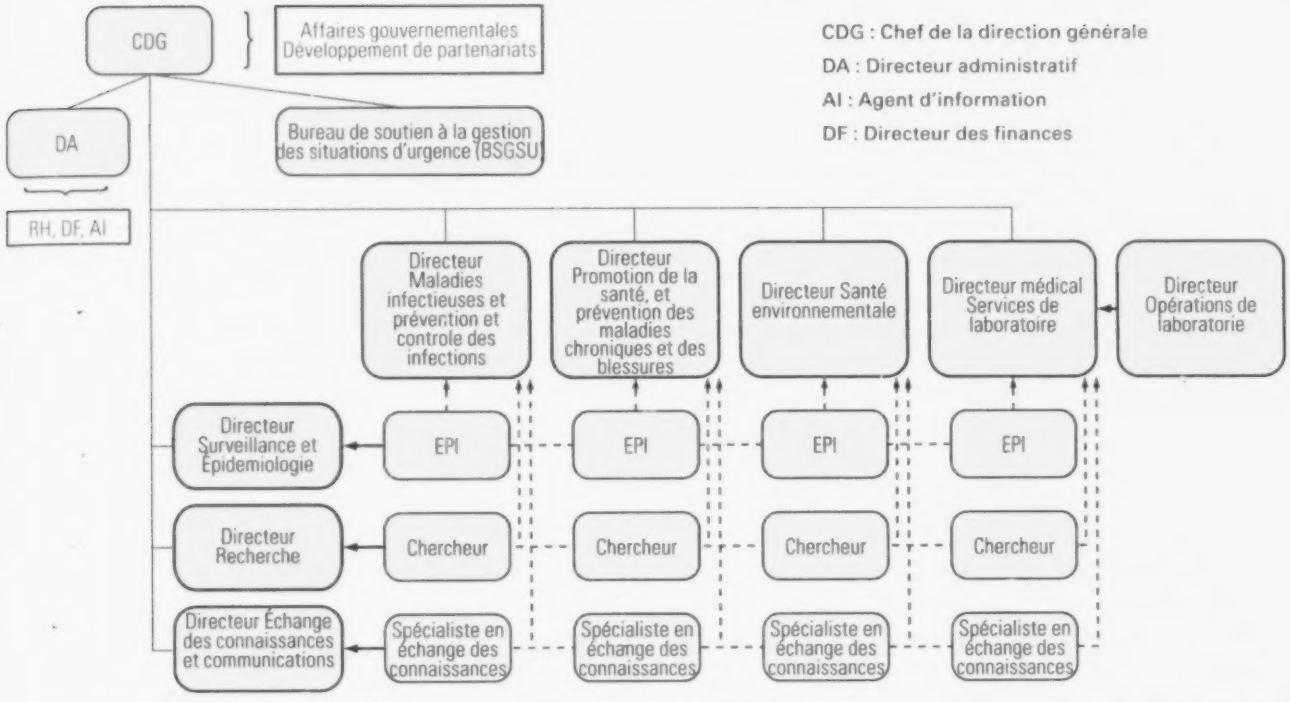
Principes organisationnels de l'Agence

- La structure organisationnelle de l'Agence ne devrait pas être conçue à partir de l'approche en « silos » qui caractérise la structure de certains organismes gouvernementaux. Le GTMOA estime qu'elle devrait plutôt être centrée sur la formation d'équipes interdisciplinaires (p. ex., épidémiologistes, toxicologues ou spécialistes de la promotion de la santé) qui seraient appelées à travailler dans des domaines de spécialisation variés.
- Les fonctions centrales et les domaines de spécialisation de l'Agence devraient être immédiatement identifiables dans la structure organisationnelle.
- L'équipe de gestionnaires supérieurs devrait pouvoir compter sur des ensembles de compétences techniques et opérationnelles reflétant l'éventail des compétences requises pour mettre en œuvre le mandat de l'Agence.

Structure organisationnelle

Le GTMOA a conçu la structure organisationnelle jusqu'au niveau indiqué au tableau ci-dessous puisque qu'il incombera au chef de la direction générale et à l'équipe de gestionnaires supérieurs de définir les niveaux suivants en se basant sur leur expérience. La structure proposée met l'accent sur l'expertise et les compétences qui seront requises dans le cadre des différents postes afin de pouvoir réaliser les priorités de l'Agence et précise le plan opérationnel de démarrage et les étapes de sa mise en œuvre.

Concept organisationnel proposé



Les lignes continues indiquent un lien hiérarchique direct. Les lignes pointillées représentent la répartition du travail.

Tableau 8 : Proposition de concept organisationnel

Domaines clés de responsabilités

Chef de la direction générale

En plus des sphères traditionnelles de responsabilité, le GTMOA recommande que le bureau du chef de la direction générale soit structuré de façon à lui permettre de réaliser ses fonctions en matière de développement de partenariats et d'affaires gouvernementales.

Directeur administratif

Le GTMOA recommande que le bureau du DA soit responsable des services centraux, notamment les ressources humaines, les services juridiques, le contrôle des finances, la gestion des risques à l'interne, la gestion de l'information et du respect des normes concernant la confidentialité des renseignements.

Bureau de soutien à la gestion des situations d'urgence

Un petit nombre d'employés suffirait au fonctionnement du Bureau de soutien à la gestion des situations d'urgence, mais son rôle serait substantiel et sa sphère d'activité importante. Le Bureau de soutien à la gestion des situations d'urgence instaurerait des mécanismes de soutien à la gestion des situations d'urgence dans toute l'Agence, des plans d'urgence et un système interne de gestion des incidents (SGI) et il coordonnerait les projets avec l'Unité de gestion des situations d'urgence du MSSLD. Le rôle de l'Agence dans la hiérarchie de la direction des opérations d'urgence est détaillé au chapitre 7 de ce rapport.

Les directeurs

Les directeurs devraient fournir au personnel de l'Agence des occasions de perfectionnement professionnel et faciliter l'évaluation et le soutien par les pairs aux employés qui travaillent au sein d'équipes spécialisées dans différents secteurs (p. ex. l'équipe d'épidémiologie) et à l'intérieur de certains domaines (p. ex. les maladies infectieuses ou la santé environnementale). Les directeurs seraient aussi responsables du maintien des liens et du développement de relations de travail efficaces avec leurs homologues des ministères partenaires.

Directeurs des secteurs de Maladies infectieuses et prévention et contrôle des infections; de Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des blessures; et de Santé environnementale

Ces directeurs seraient responsables de livrer des

résultats pour chaque secteur de spécialisation, tel qu'énoncé dans le premier plan stratégique approuvé.

Directeurs de Surveillance et épidémiologie; de Recherche; et d'Échange de connaissances et communications
Ces directeurs seraient responsables de livrer les fonctions correspondantes à chaque champ d'activité et à assurer qu'elles soient efficacement intégrées et assignées à tous les domaines de spécialisation.

Directeur médical des services de laboratoire
Le directeur médical des services de laboratoire serait responsable de fournir un leadership scientifique et médical aux laboratoires et à leurs employés et de superviser tous les aspects médicaux des fonctions de laboratoire.

Directeur des opérations de laboratoire
Le directeur des opérations de laboratoire aurait pour fonction de superviser tous les aspects opérationnels du fonctionnement des laboratoires, de veiller à la mise à jour des politiques et des procédures opérationnelles, de garantir qu'elles soient cohérentes et respectées, et de fournir le matériel, les équipements et les ressources nécessaires au bon fonctionnement du laboratoire.

Fondement de la structure organisationnelle

Dans son travail de conception de la structure organisationnelle de l'Agence, le GTMOA a cherché à assurer aux scientifiques et aux employés spécialisés le soutien de leurs pairs et à leur fournir des occasions de perfectionnement professionnel et de formation en intégrant ces éléments à la structure même de l'Agence.

Le GTMOA a aussi tenu compte du fait que les employés devaient être intégrés à des équipes interdisciplinaires œuvrant dans des domaines de spécialisation particuliers. Cette façon de travailler est parfois nommée « gestion matricielle ».

Le terme « gestion matricielle » pourrait avoir une connotation négative puisqu'il décrit un rapport hiérarchique duel et qu'il semble présupposer que l'on doive agir en tant que « valet de deux maîtres ». Il faut cependant noter qu'un organisme opte pour des structures matricielles lorsqu'il vise l'intégration efficace des employés ou des sphères d'activité à l'organisation tout en axant sa démarche sur deux ou trois perspectives différentes. Ces perspectives peuvent être liées aux démarches de groupes particuliers de clients, de services, de fonctions, d'expertises scientifiques ou à d'autres considérations.

Les employés qui détiennent des ensembles particuliers de compétences et qui travaillent activement dans deux domaines différents au sein du même organisme rehaussent le niveau de souplesse d'un organisme en favorisant une capacité accrue de redéploiement de ses ressources lorsque les circonstances l'exigent. À titre d'exemple, ce concept appliqué aux services d'épidémiologie permettrait une amélioration du transfert de l'aide additionnelle à d'autres secteurs lorsque de nouveaux besoins émergent.

Ce type de structure permet également de créer des occasions de formation par l'entremise des équipes interdisciplinaires qui œuvrent dans les différents domaines de spécialisation ainsi que par l'intermédiaire des pairs qui possèdent les connaissances et les informations particulières à chacune des sphères de spécialisation. Par exemple, un épidémiologiste qui travaille en santé environnementale pourrait faire partie d'une équipe interdisciplinaire de santé environnementale et il serait responsable, à l'intérieur de cette équipe, des études épidémiologiques et de la surveillance. Il pourrait aussi faire partie d'un groupe de pairs en épidémiologie et avoir un rapport hiérarchique direct avec le directeur de la surveillance et de l'épidémiologie en matière de soutien et de perfectionnement professionnel. Ce modèle permettrait aux employés d'interagir avec d'autres épidémiologistes qui travaillent dans d'autres domaines de spécialisation favorisant ainsi l'enrichissement mutuel et l'échange des informations.

Le GTMOA est aussi conscient du fait que l'Agence aura besoin d'une structure organisationnelle qui favoriserait l'interaction entre les fonctions axées sur le service (p. ex. l'échange des informations) et l'expertise technique et scientifique (p. ex. les maladies infectieuses ou la santé environnementale).

Nous croyons qu'une telle approche favoriserait la complémentarité entre des personnes qui possèdent des compétences spécialisées (p. ex. en maladies infectieuses émergentes ou en santé environnementale) et des personnes spécialisées en échange des connaissances et en adaptation de l'information technique à des publics plus larges. Sur le plan opérationnel, si le but est de rendre la science accessible et pertinente aux groupes d'utilisateurs à qui elle s'adresse, l'adoption d'un tel modèle de dotation contribuerait certainement à y parvenir.

n cadre scientifique commun - L'Agence offrirait l'accès un guichet unique d'expertise à partir duquel divers inistères et intervenants pourraient obtenir des outils et es informations scientifiques fondés sur l'évidence. ela permettrait de mettre efficacement en place une terrelation et des liens horizontaux en matière scientifique t technique entre les « silos » existants. Par exemple, les inistères de la Santé et des Soins de longue durée; de Environnement; de l'Agriculture, de l'Alimentation et des ffaires rurales et des Ressources naturelles pourraient ous avoir accès à un tronc scientifique commun qu'ils ourraient utiliser suivant leurs objectifs particuliers.

Un langage commun - L'Agence traduirait les données cientifiques en outils et en informations pratiques, ermettant ainsi aux différentes composantes du secteur le la santé notamment aux bureaux de santé publique, ôpitaux, résidences de soins de longue durée et aux ournisseurs de services de santé communautaire d'accéder à des informations scientifiques crédibles tablies à partir de définitions communes.

Des communautés de pratique - L'Agence favoriserait es communautés de pratique existantes et en limenterait de nouvelles puisqu'elle aurait pour fonction de soutenir la collaboration, l'échange d'informations et de pratiques exemplaires.

Les fonctions

Fonctions, domaines de spécialisation et clients

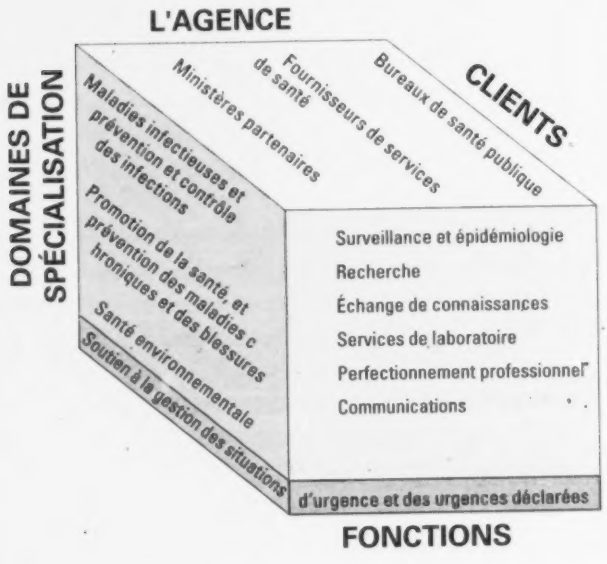


Tableau 9 : Fonctions, domaines de spécialisation et clients.

Les fonctions de l'Agence sont au coeur de ses opérations, elles représentent les services liés aux domaines de spécialisation énumérés plus haut qu'elle offrira à ses clients. Le GTMOA recommande que les fonctions suivantes soient progressivement intégrées au fonctionnement de l'Agence.

Surveillance et épidémiologie

« La surveillance permet la détection rapide des épidémies et sert ensuite à orienter leur gestion[1] »

Dr James Curran Dean, Professeur en épidémiologie, Rollins School of Public Health, Université Emory.

Il est essentiel que la capacité en matière de surveillance épidémiologique soit coordonnée si l'on veut fournir des données épidémiologiques et des recherches de qualité en soutien aux domaines de spécialisation proposés. Une fois bien implantée, l'Agence devrait aussi avoir la capacité de mettre en œuvre des activités de surveillance courantes ou ciblées et efficaces sur le plan technologique.

La collecte, l'analyse et la diffusion de données détaillées et comparables permettent de mieux étayer les actions et les interventions nécessaires, de détecter les tendances et les risques et d'enrichir l'analyse rétrospective et, si elles sont traitées sur la base de modalités rigoureuses, elles peuvent enrichir le processus d'établissement des objectifs du système de santé de l'Ontario.

L'Agence devrait aussi établir un mécanisme qui permette de réaliser des activités de surveillance qui complémenteraient les activités que réalisent les bureaux de santé publique et d'autres agences.

Toutes les exigences légales générales en matière de reddition de comptes au ministère par les bureaux de santé publique au ministère devraient continuer d'être traitées par le MSSLD. Outre le rôle de premier plan qu'elle jouerait en matière d'analyse des données complémentaires, l'Agence pourrait également assumer un rôle important dans :

- Le rehaussement de la capacité de surveillance des infections nosocomiales et des organismes antibiorésistants qui n'ont pas à être déclarés ;
- L'amélioration de la surveillance en laboratoire ;

[1] Le terme « surveillance syndromique » s'applique à la surveillance par l'intermédiaire de l'utilisation des données sanitaires qui précèdent le diagnostic et signalent une probabilité d'existence de cas ou d'épidémie suffisante pour justifier une intervention de santé publique plus poussée (*CDC, Division of Public Health Surveillance and Informatics*).

- Le développement de nouveaux réseaux de surveillance et l'établissement de liens entre ces réseaux et ceux qui existent déjà en santé humaine et en santé animale ;
- La coordination des liens et des bases de données intersectorielles dans le but d'améliorer l'échange des informations et l'investigation rétrospective ; et
- L'avancement de la surveillance des maladies chroniques (p. ex. le Système rapide de surveillance des facteurs de risque).

Le rehaussement de la capacité de surveillance des infections nosocomiales et des organismes antibiorésistants qui n'ont pas à être déclarés :

- L'amélioration de la surveillance en laboratoire ;
- Le développement de nouveaux réseaux de surveillance et l'établissement de liens entre ces réseaux et ceux qui existent déjà en santé humaine et en santé animale ;
- La coordination des liens et des bases de données intersectorielles dans le but d'améliorer l'échange des informations et l'investigation rétrospective ; et
- L'avancement de la surveillance des maladies chroniques (p. ex. le Système rapide de surveillance des facteurs de risque).

La capacité de planification de l'Agence serait notablement rehaussée par la mise en place des activités de surveillance mentionnées plus haut. Ces activités permettraient en outre la modélisation des scénarios d'épidémies, les analyses du risque ciblées sur la population et la mise au point d'outils qui simplifient l'échange de connaissances.

L'Agence pourrait assumer un rôle de leadership dans l'identification et l'évaluation des nouvelles approches de surveillance non traditionnelle telle la surveillance syndromique[1].

L'épidémiologie est une discipline qui étudie la répartition et les déterminants des états ou des événements liés à la santé des populations. Sa finalité est l'atténuation des problèmes de santé[2].

La surveillance de la santé englobe la surveillance et le suivi des événements et des déterminants de la santé par le moyen de la collecte, de l'analyse et de l'interprétation continues des données et par la transformation de ces données en produits de surveillance à l'intention des personnes qui doivent être informées[3].

L'Agence ne devrait pas remplacer la capacité épidémiologique et de surveillance locale ou centrale existante et devrait plutôt servir de véhicule au traitement des domaines de l'épidémiologie ou des activités de surveillances qui sont actuellement peu traitées, notamment :

- La surveillance dans les domaines où une plus grande couverture est nécessaire (p. ex. la surveillance des facteurs de risque de maladies chroniques) ;
- L'attention accordée à des zones de risques émergents pour lesquelles la collecte de données est inconstante, par exemple les organismes antibiorésistants et la surveillance des infections nosocomiales ; et
- Les efforts axés sur le renforcement des liens entre la surveillance de la santé animale et la surveillance de la santé humaine.

Le GTMOA estime par ailleurs que l'Agence devrait mettre au point des indicateurs standardisés dans le but d'améliorer la cohérence et la constance de la collection de données.

L'Agence serait bien positionnée pour fournir des produits de qualité destinés à soutenir la définition de la charge de certaines maladies en Ontario. Cette démarche pourrait notamment inclure le profil du risque des populations à partir de données géographiques et sanitaires et à partir de l'analyse des tendances corrélées. L'Agence pourrait tirer parti des divers ensembles de données afin de mieux définir et évaluer l'impact des facteurs de risque sur les maladies et d'appuyer et développer les recherches en cette matière. Le GTMOA croit que l'Agence devrait établir des liens efficaces avec les initiatives similaires en Ontario et partout au pays.

En plus des compétences et de la capacité dont l'Agence a besoin en matière de ressources humaines pour pouvoir assumer à l'interne des fonctions de surveillance et d'épidémiologie, il serait important de mettre en place l'infrastructure technologique nécessaire à l'échange des informations entre l'Agence, le terrain, les ministères partenaires, les laboratoires et autres intervenants du secteur, en respectant les normes de confidentialité. Nous présentons plus loin une série d'approches axées sur l'atteinte de cet objectif.

La recherche

L'Ontario possède une histoire documentée en matière de recherche et d'expertise en santé publique. Le

GTMOA estime toutefois que l'Agence pourrait, avec le temps, harmoniser les recherches entreprises dans divers centres et rehausser et favoriser l'excellence dans la recherche de diverses façons :

- En fournissant un accès central et coordonné aux recherches pertinentes en cours à l'Agence et ailleurs ;
- En jouant un rôle prépondérant dans la définition et dans la promotion d'un calendrier approuvé de recherche en santé publique dans la province ;
- En établissant un processus efficace d'examen et d'évaluation de la constance dans la qualité des recherches diffusées ; et
- En misant sur les fonctions de mise à jour et d'échange des connaissances pour rendre les produits de la recherche plus pratiques pour leurs utilisateurs. Cette démarche exigerait de se concentrer de façon déterminée sur la fourniture de produits de recherche accessibles, compréhensibles et pratiques pour les intervenants du terrain et les décideurs.

Le GTMOA partage l'opinion du sous-comité de recherche et de transfert des connaissances au sujet de l'établissement par l'Agence de liens entre la recherche et l'échange de connaissances. Cette approche est conséquente avec les conclusions des participants à la table-ronde qui souhaitent que dans le cadre de ses fonctions centrales de recherche l'Agence :

- Soutenir l'intégration transversale de la recherche, des politiques et des pratiques dans tout le système ; et
- Maximiser la capacité de la recherche appliquée en santé publique.

Par le moyen de partenariats avec le milieu universitaire, les bureaux de santé publique, les centres universitaires des sciences de la santé, les centres de médecine vétérinaire et autres organismes similaires, l'Agence devrait servir de plaque tournante d'une infrastructure provinciale de recherche en santé publique et apporter au programme de recherche une cohérence, une constance, une pertinence et un leadership renforcés.

En tenant compte du mandat des cinq programmes actuels de REDSP, soit la recherche, la synthèse des connaissances, l'éducation, la dissémination et la diffusion, l'Agence devrait établir des partenariats avec les REDSP tels qu'ils sont actuellement structurés et travailler avec le MSSLD à étendre à toute la province l'accès à l'échange de connaissances, à la formation et à la recherche en santé publique suivant le modèle de réseau décrit plus haut.

L'Agence serait en outre bien placée pour mettre en place de processus servant à identifier les priorités de la recherche et à en détecter les lacunes. L'établissement de ces processus devrait être axé sur les besoins identifiés en Ontario et dans le reste du pays.

L'Agence pourrait réaliser et appuyer des recherches axées sur la production de résultats en :

- Mettant l'accent sur la recherche appliquée ce qui permettrait de documenter les politiques et les pratiques de première ligne en matière de santé et de réaliser :
- De solides évaluations des interventions en santé publique ;
- Des recherches portant sur les stratégies efficaces de soutien à l'échange des connaissances ; et
- En renforçant la capacité et les liens avec les fournisseurs de services de santé, les praticiennes et les praticiens de la santé publique et les décideurs, et en favorisant les mentorats en recherche et les occasions d'apprentissage destinées aux étudiants diplômés et aux personnels de terrain.

Bien que l'Agence doive nouer des liens solides avec les organismes de financement de la recherche, le GTMOA croit qu'elle ne devrait pas devenir un organisme financeur qui octroie des fonds à des recherches entreprises par des chercheurs externes. Ce rôle ne lui correspond pas puisque d'autres organismes provinciaux et nationaux remplissent déjà cette fonction.

Échange de connaissances

Une grande quantité de connaissances et de synthèses est actuellement produite en Ontario, souvent de façon fragmentée, ce qui en réduit l'accessibilité et la qualité de la coordination.

Une grande partie des publications portant sur la santé publique en Ontario peut être considérée comme de la « littérature grise » puisqu'il n'existe pas de répertoire des recherches dans notre province et qu'en dépit de la quantité de recherches qui y sont effectuées, il n'existe pas de voie unique d'accès aux données qu'elles produisent. De nombreuses recherches sont réalisées et financées, mais cette somme importante de connaissances et de travail ne bénéficie qu'à un cercle restreint d'utilisateurs. Cette situation crée un

dédoublement des efforts et représente un frein à l'acquisition de nouvelles connaissances.

Compte tenu de son rôle en tant que plaque tournante du savoir, l'Agence devrait permettre un accès simplifié aux meilleures preuves disponibles, de façon rapide et pertinente qui tienne compte des compétences et des circonstances locales.

L'Agence devrait également jouer un rôle dans la réalisation de nouvelles activités axées sur le savoir et émanant de la recherche appliquée ainsi que dans la réalisation d'activités de surveillance et dans la synthèse et l'adaptation des connaissances existantes par le moyen d'examens systématiques des publications, la formation de panels consultatifs d'experts et l'élaboration de pratiques exemplaires, de lignes directrices et de déclarations communes.

Les participants aux tables rondes ont identifié des éléments adaptables à la province et aux besoins particuliers des collectivités. Ces éléments sont les pratiques exemplaires, les lignes directrices et les protocoles d'entente qui selon les participants pourraient constituer le premier pas de l'Agence dans la promotion d'une plus grande cohérence dans les approches locales qui sous-tendent des questions clés.

Bibliothèque et appuis technologique

Pour être efficace en matière d'échange d'informations, l'Agence doit pouvoir s'appuyer sur une infrastructure technologique et de communication. La recherche et l'échange de connaissances ne seront pas efficaces si l'Agence ne réussit pas à fournir à ses employés et à ses affiliés un accès rapide aux informations scientifiques de pointe et à des ressources pertinentes.

Le GTMOA considère en conséquence qu'il serait pertinent d'intégrer dès le début à la structure organisationnelle de l'Agence de services modernes et efficaces de bibliothèque et des services d'extraction des données sous forme électronique ou imprimée. Le GTMOA considère qu'une telle démarche rehausserait le travail de l'Agence dans tous les domaines et contribuerait notamment à dynamiser son rôle en matière d'échange des connaissances.

La bibliothèque de l'Agence pourrait également jouer un rôle important en fournissant l'accès à des informations pertinentes non seulement à ses employés, mais également à ses partenaires des ministères, des bureaux de santé publique et aux autres groupes de clients.

Ces services permettraient aussi de surveiller la qualité et d'assurer que les documents techniques contiennent les références adéquates, de veiller au respect de la propriété intellectuelle et à la gestion des droits d'auteur et d'améliorer la distribution et le classement des rapports et des documents.

Services de laboratoire

Le GTMOA est convaincu que le renforcement des liens entre la recherche en laboratoire et l'expertise clinique en santé publique est essentiel si l'on veut garantir la mise en place efficace et coordonnée d'une interface entre les tests en laboratoire, les fonctions de recherche et les fonctions plus vastes de surveillance et d'épidémiologie que l'Agence doit réaliser pour mener à bien son mandat. L'absence de liens avec les laboratoires et le manque d'accès direct à leurs données nuit aux fonctions de recherche, d'échange de connaissances et de surveillance et freine leur bonne réalisation. Nous traitons ce sujet de façon plus détaillée au chapitre 6 de ce rapport.

Perfectionnement professionnel

Le GTMOA considère que le perfectionnement professionnel devrait faire partie des fonctions de l'Agence. Du soutien à la formation pourrait éventuellement être offert aux fournisseurs et aux praticiens dans de nombreux domaines. Par exemple, l'Agence pourrait offrir des possibilités de perfectionnement professionnel aux employés des services de maladies transmissibles des bureaux de santé publique dans des domaines telle la lutte contre les infections dans les environnements de soins actifs et de soins de longue durée. De telles approches ne peuvent que complémenter le travail portant sur le renforcement des liens dans ce domaine, horizontalement et entre secteurs. Il serait aussi possible de réaliser des sessions de travail par disciplines, par exemple avec des épidémiologistes, au cours desquelles on étudierait des formes de surveillance non traditionnelles.

Les membres du GTMOA considèrent que l'Agence ne devrait pas s'engager dans l'éducation formelle ou dans la formation régulière des professionnels de la santé publique. Elle pourrait cependant contribuer à répondre aux deux défis auxquels nous sommes actuellement confrontés : a) la pénurie de stages de formation pour ceux et celles qui souhaitent poursuivre une carrière en santé publique, et b) la nécessité de renforcer les

ictivités de formation continue offertes aux fournisseurs de services de santés de première ligne et aux praticiennes et aux praticiens de la santé publique.

Les stages de formation et les activités de perfectionnement professionnel permettraient à l'Agence de relier directement ses approches de formation aux besoins des participants et à ceux des intervenants de première ligne du secteur de la santé et de la santé publique et lui permettraient de rester en contact avec les besoins concrets de ses clientèles.

Communications

Les rôles des ministères et de l'Agence en matière de communication devraient être clairement délimités et établis par des PE en incluant dans ces derniers les accords en matière d'obligation de notification mutuelle telle que définie par les deux parties. L'Agence devrait mettre au point des mécanismes efficaces d'acheminement de l'information à ses clients principaux par d'autres voies que les campagnes d'informations publiques. Cela ne signifie pas que l'Agence doive être invisible au public, mais plutôt que son travail devrait servir indirectement le bien public par le moyen de la science, de la recherche et de la production de ressources techniques destinées aux intervenants du terrain et des ministères partenaires.

Le GTMOA croit que l'Agence devrait exercer des responsabilités dans deux secteurs de communication. Dans un premier temps, elle devrait participer au développement de l'expertise en matière de communication des risques. La communication des risques est basée sur l'échange des informations entre intervenants concernés autour d'un risque réel ou perçu découlant d'un comportement ou de l'exposition aux facteurs liés à ce comportement. Elle pourrait consister à échanger des informations concernant le type de résultats, leur intensité et leur durée et les faits connus à son sujet. La communication des risques devrait émaner d'une source sûre et crédible et être validée par d'autres sources sûres et crédibles.

Les processus efficaces de communication des risques aident à faire des choix, à entreprendre des actions ou à s'adapter à des événements émergents ou qui ont déjà eu lieu[4]. Compte tenu de sa capacité prévue de surveillance, de recherche et d'échange d'informations, l'Agence serait bien placée pour fournir des expertises scientifiques et techniques crédibles servant à étayer et appuyer les activités de communication des risques.

L'Agence devrait en outre être structurée de façon à pouvoir répondre aux demandes d'aide à la communication dans d'éventuelles situations de crise ou à faire circuler l'information dans l'ensemble de l'infrastructure provinciale de gestion des situations d'urgence. La communication de crise vise à atténuer les urgences par le moyen d'une diffusion efficace de l'information. Ce volet du rôle de l'Agence devrait être intégré à un plan global d'intervention basé sur une structure de SGI et les fonctions qui en dérivent devraient être menées dans le cadre de la structure provinciale de gestion des situations d'urgence.

Dans le contexte de la communication de crise, l'Agence pourrait aussi fournir des conseils scientifiques et techniques au MSSLD qui aurait un rôle prépondérant à jouer dans la communication de crise durant les situations d'urgence ou durant les situations d'urgence déclarées. Par ailleurs, le MSSLD pourrait déléguer certaines fonctions de soutien à la communication de crise à des personnes clés ou à des experts de l'Agence, suivant les circonstances.

Soutien à la gestion des situations d'urgence et des urgences déclarées

Le GTMOA est d'avis que le soutien à la gestion des situations d'urgence et des urgences déclarées devrait être à la fois une fonction et un domaine de spécialisation de l'Agence. Les pratiques exemplaires en matière de gestion des urgences visent à réduire l'impact potentiel des désastres par le moyen de plans à long terme axés sur la réduction des effets négatifs et sur le renforcement de l'état de préparation. La gestion des urgences devrait s'effectuer en trois étapes : avant, pendant et après l'urgence[5].

Le GTMOA recommande que l'Agence joue un rôle de soutien dans la gestion des situations d'urgence en s'appuyant sur une structure de commandement provinciale et ministérielle claire. Durant une urgence sanitaire, la hiérarchie de commandement devrait être alignée sur une structure de GI basée sur des rôles et des responsabilités préétablis. Le leadership de la gestion des situations urgentes revient à l'autorité qui est officiellement désignée pour l'assumer. Les responsabilités potentielles de l'Agence en ce qui concerne l'aide à la gestion des situations d'urgence et des urgences déclarées sont décrites au chapitre 7

[5] Voir aussi National Framework for Health Emergency Management, *F/P/T Network on Emergency Preparedness and Response*, 2004.

Domaines de spécialisation

Le GTMOA recommande que les opérations de l'Agence soient axées sur les domaines de spécialisation suivants.

Maladies infectieuses et prévention et contrôle des infections

Le rapport final de Walker soulignait la nécessité d'avoir accès à une ressource centralisée visant à ancrer et à mieux soutenir une approche plus intégrale et systématique des maladies infectieuses en Ontario[5] dans tous les secteurs du système de la santé (p. ex. la santé publique, les soins de longue durée, les soins actifs). Cette formule est également privilégiée dans le plan Opération protection de la santé[6] et sa pertinence est réaffirmée dans le rapport publié récemment au sujet de l'éclosion à Toronto de la maladie du légionnaire[7] et le rapport du médecin hygiéniste en chef à l'Assemblé législative[8]. Le GTMOA appuie fermement cette approche. L'expertise de l'Agence en maladies infectieuses et en prévention et contrôle des infections engloberait la surveillance et soutiendrait l'amélioration de la prévention et du contrôle de ces maladies et d'autres organismes importants du point de vue de l'épidémiologie, dans les services de santé et dans les environnements communautaires par le moyen de l'orientation technique, de la formation et du soutien.

De nombreuses améliorations ont récemment été apportées au secteur des maladies infectieuses de l'Ontario, mais il reste encore beaucoup à faire. Dans le cadre des engagements énoncés dans *Opération protection de la santé*, le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) a été établi en juin 2004 avec pour mission d'agir en tant qu'organisme consultatif en matière de surveillance, de prévention et de contrôle des maladies infectieuses et nosocomiales pour le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario. Le CCPMI réunit des experts en services de santé qui ne travaillent généralement pas ensemble de façon continue, par exemple des spécialistes des soins préhospitaliers, des soins actifs, des soins de longue durée, des bureaux de santé publique, du milieu universitaire et de la santé animale. Le CCPMI est composé d'un comité principal et de quatre sous-comités qui travaillent en :

- Prévention et contrôle des infections (dans tout le continuum des services de santé) ;
- Surveillance ;
- Maladies transmissibles (y compris la prévention et le contrôle des infections dans des installations communautaires qui servent à d'autres fins qu'au soins de santé) ; et
- Immunisation.

Chaque sous-comité émet des recommandations fondées sur les preuves dans de multiples domaines, notamment :

- Les normes, les lignes directrices et les pratiques exemplaires ;
- Les points de référence et les indicateurs principaux ;
- Les activités de surveillance et d'épidémiologie ; et
- L'aide à la gestion des éclosions de maladies infectieuses suivant les directives du médecin hygiéniste en chef.

Le CCPMI et l'Agence

C'est en premier lieu grâce à l'engagement bénévole d'experts de premier plan issus d'une vaste zone géographique que le CCPMI a pu réaliser un énorme travail dans le domaine des maladies infectieuses et de la prévention et du contrôle des infections.

Compte tenu du caractère bénévole du travail des membres du Comité, il est possible qu'en cas de crise leurs obligations envers les organismes pour lesquels ils travaillent aient priorité sur leurs obligations envers le CCPMI. Le GTMOA attire donc l'attention sur la nécessité d'élargir les domaines d'expertise (p. ex. la connexion avec la recherche en santé au travail) et d'avancer vers une structure plus stable et moins axée sur le bénévolat afin de répondre aux besoins dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections. Dans cette perspective, le GTMOA recommande de transférer progressivement à l'Agence la responsabilité de soutenir le CCPMI et de maintenir l'engagement et les liens officiels avec le ministère. Nous considérons que la composition et les structures du CCPMI devraient évoluer et qu'il devrait devenir une source importante d'expertise à laquelle l'Agence pourrait officiellement participer.

La souplesse de l'approche de l'Agence en matière de ressources humaines (p. ex. les nominations conjointes d'experts en maladies infectieuses) et ses responsabilités de recherche et de diffusion lui permettraient d'assurer que les ressources humaines nécessaires sont disponibles de façon stable et continue. La formation et l'institutionnalisation de groupes de travail d'experts sont l'un des moyens que l'Agence pourrait utiliser pour étendre la portée et l'efficacité de

travail en construisant des expertises dans un ou ieurs de ses domaines de spécialisation (p. ex. la té environnementale).

MSSLD implante actuellement les RICN dont la sion est de prévenir et contrôler les infections. Les miers réseaux sont déjà établis. Le mandat de ces eaux régionaux est de maximiser la coordination et égration des activités liées à la prévention, à la veillance et au contrôle des maladies infectieuses, sur lan régional et dans tout le continuum des services santé.

rôle des RICN qui consiste à promouvoir une plus nde cohérence et une meilleure coordination ersectorielle cadre bien avec la mission de l'Agence. nformément aux recommandations contenues dans rapports Naylor et Walker, le GTMOA recommande tablissement de liens solides entre et l'Agence et les seaux lorsque ces derniers seront entièrement érationnels. L'établissement de liens officiels avec les CN dans le but de faciliter l'échange de connaissances t l'une des façons d'assurer que l'Agence ait un ntact direct avec le terrain concernant ses besoins en atière de prévention et de contrôle dans tout le ntinuum des services de santé et partout en Ontario.

mélioration de l'accès à la formation fondée sur les euves en prévention et en contrôle des infections est besoin qui a été clairement identifié. Un accès cilité devrait être fourni à tous les fournisseurs de rvices de santé de première ligne et à ceux qui vaillent dans des environnements communautaires se déroulent des activités à haut risque (p. ex. le touage, le piercing, l'électrolyse, etc.). Le but est de urnir des outils de formation en prévention et en ntrôle fondés sur les preuves, standardisés, axés sur cquisition de compétences de base, et facilement ccessibles aux fournisseurs de services de santé de emière ligne. Comte tenu de son éventuel mandat en atière d'échange de connaissances, le GTMOA croit ue l'Agence pourrait jouer un rôle important dans de lles initiatives.

erfectionnement professionnel

Agence serait en bonne position pour soutenir et évelopper le perfectionnement professionnel continu n matière de maladies infectieuses et de prévention t contrôle des infections. Elle devrait jouer un rôle de oordination visant à assurer que l'offre de erfectionnement professionnel soit bien diffusée dans les collèges, les universités et les organismes réglementés de professionnels de la santé et la communauté.

Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des blessures

Promotion de la santé

La promotion de la santé est une stratégie de santé publique qui diffère des stratégies de prévention des maladies et de protection de la santé. La promotion de la santé est fondée sur le concept positif de santé et sur la reconnaissance du fait que la santé est bien plus que l'« absence de maladie ». La reconnaissance de l'importance du contrôle et de la prise en main de sa propre santé est une composante clé de la promotion et du soutien à la santé individuelle et communautaire. Les stratégies de promotion de la santé vont des interventions visant à influencer les décisions individuelles en matière de styles de vie ou de comportements (p. ex. le counselling ou les campagnes sur l'usage du tabac, l'alimentation saine et l'activité physique) à la sensibilisation et au travail en matière législative et de définition des politiques afin d'influer sur l'environnement social dans lequel les décisions individuelles sont prises (p. ex., les décisions de zonage municipal se répercutent sur l'accès aux pistes ou aux espaces verts).

L'étendue du travail en matière de promotion de la santé est extrêmement vaste et recouvre tout le cycle de la vie, depuis la santé maternelle et infantile, la croissance et le développement sain des enfants et des adolescents, jusqu'à la santé des adultes et des aînés. Pour être efficace, la promotion de la santé doit se fonder sur des partenariats avec plusieurs secteurs et dans divers environnements tels les lieux de travail, les écoles, les cliniques et les organismes communautaires. Les interventions efficaces en promotion de la santé vont au-delà de la réduction des maladies ou de la mauvaise santé pour s'étendre à des états positifs tels la croissance et le développement sains, une sexualité saine et des milieux de vie positifs.

Rôle de l'Agence en matière d'infections nosocomiales : Un exemple

Le taux d'infections nosocomiales semble augmenter depuis quelques années. Bien qu'il existe des protocoles et des obligations légales de rapport et de suivi de certaines maladies infectieuses, beaucoup d'entre elles ne sont pas à déclaration obligatoire ce qui rend souvent difficile les recherches sur leur fréquence et sur leur mode de transmission.

L'Agence peut activement contribuer à combler cette lacune en effectuant la surveillance et le suivi des infections nosocomiales. La surveillance et les analyses épidémiologiques contribueraient à mieux informer les chercheurs de l'Agence et ceux du terrain en établissant plus clairement les causes des infections nosocomiales et les raisons de leur propagation et en permettant de comprendre pourquoi certaines personnes sont plus vulnérables que d'autres à ces infections.

L'Agence effectuerait la synthèse et l'analyse des conclusions des recherches, traiterait les données épidémiologiques existantes et en produirait de nouvelles. Elle transmettrait les principaux résultats des premiers stades des recherches aux ministères, aux bureaux de santé publique et aux intervenants clés du terrain pour leur permettre d'élaborer des recommandations portant sur des politiques spécifiquement adaptées à leurs besoins.

Dans le cadre de son travail avec les intervenants du terrain, l'Agence pourrait élaborer des lignes directrices en matière de contrôle des infections, vérifier leur utilité pratique et assurer leur adaptation aux environnements divers dans lesquels sont livrés les services de santé (p. ex. les soins actifs, les soins à domicile, les soins de longue durée, etc.). L'Agence jouerait un rôle important en diffusant ces directives et en les accompagnant d'outils d'aide à la formation, électroniques ou autres. L'Agence devrait également travailler avec des spécialistes de la formation continue afin de fournir aux professionnels et aux autres travailleurs de la santé l'occasion de développer et de livrer des modules de formation continue par le moyen de l'éducation à distance, de présentations sur le terrain et de projets de formation des formateurs.

Le MPS a été créé récemment avec la mission de mettre l'accent sur l'importance des approches axées sur la promotion de la santé et sur la santé des populations. Le ministère de la Promotion de la santé a élaboré une approche stratégique et en a délimité les priorités.

Le médecin hygiéniste en chef rend des comptes en fonction d'un double lien hiérarchique et agit en tant que S-MA du MPS. Bien que l'Agence ait des comptes à rendre au MSSLD, des processus et des mécanismes devraient être instaurés pour assurer qu'il soit tenu compte des plans et des priorités du MPS dans la planification stratégique de l'Agence.

Au cours de ses trois premières années de fonctionnement, l'Agence ne manquera pas de travail en ce qui concerne la promotion de la santé. Son principal défi consistera à délimiter les priorités et à établir les liens les plus efficaces possible avec le réseau complexe d'organismes qui à différents niveaux travaillent à la promotion de la santé. Pour informer la nouvelle Agence et lui permettre de parachever son alignement opérationnel et d'établir ses priorités, nous avions fortement recommandé dans notre premier rapport la réalisation d'un examen approfondi des responsabilités actuelles et futures du Réseau des centres ontariens de ressources en promotion de la santé. Cet examen n'est pas uniquement nécessaire à la bonne définition des liens de travail. Il est selon nous indispensable si l'on souhaite fournir à la province un cadre plus complet et mieux coordonné à cette importante sphère d'activité. L'Agence pourrait dans un premier temps viser les objectifs suivants :

- Renforcer la sensibilisation et rehausser l'accès aux résultats les plus probants des recherches déjà réalisées par le moyen d'un examen coordonné des ressources disponibles ;
- Mettre l'accent sur la promotion de la recherche portant sur les facteurs communs de risques qui recoupent un vaste éventail d'états et de maladies chroniques ;
- Élaborer des mécanismes de catégorisation et de classement des résultats en se basant s'il y a lieu sur une structure et dans le cas contraire sur l'évaluation par les pairs ;
- Renforcer la coordination et l'établissement des priorités dans les domaines fondamentaux des futures recherches;

- Développer une capacité spécialisée en analyse comportementale, recherche et marketing social. Cette capacité faciliterait l'accès de la province et des organismes locaux à une aide spécialisée en matière de conception de campagnes et d'interventions et favoriserait ainsi l'utilisation efficace des stratégies portant sur le changement de comportement ;
- Évaluer des initiatives de promotion de la santé et diffuser les résultats des évaluations en mettant l'accent sur l'impact longitudinal des recherches ;
- Améliorer la disponibilité centralisée des indicateurs de santé de la population tirés d'enquêtes et de fonds de données de première importance et catégoriser ces informations afin de permettre aux bureaux de santé publique de réaliser des analyses de tendances, des analyses géographiques et des analyses de population ; et
- Réaliser dès la troisième année un rapport exhaustif de la situation sur le plan sanitaire.

Maladies chroniques et prévention des blessures

Les maladies chroniques sont la principale cause de décès et d'incapacité au Canada. En Ontario, la charge estimée des maladies cardiovasculaires et respiratoires, des cancers, des affections musculosquelettiques, des désordres endocriniens, neurologiques et psychiatriques atteint 55 % du total des dépenses en santé[9]. Il existe en outre de nombreux coûts indirects liés aux maladies chroniques, notamment les coûts engagés par les familles. Compte tenu de l'importance de cette charge, le domaine des maladies chroniques devrait être l'un des principaux domaines de spécialisation de l'Agence.

Les blessures évitables telles les chutes, les accidents de la route, les noyades, les blessures subies par les piétons, les empoisonnements et les incendies représentent aussi une menace grandissante pour la santé. Le coût annuel des blessures non intentionnelles est évalué à 2.9 milliards de dollars en Ontario[10]. La prévention des blessures devrait donc être l'un des domaines clés de spécialisation de l'Agence.

Opération protection de la santé recommande l'intégration de la promotion de la santé et de la lutte contre les maladies chroniques et la prévention des blessures au travail de l'Agence dès sa première année de fonctionnement[11]. Les membres du GTMOA ont amplement discuté de l'éventualité d'établir la promotion de la santé en tant que sphère de spécialisation distincte et ils se sont demandés s'il était plus pertinent de l'intégrer à une stratégie qui engloberait toutes les activités de l'Agence. Nous tenons toutefois à souligner que faute de considérer la promotion de la santé comme un domaine particulier de spécialisation, un certain effet de « dissolution » pourrait amoindrir la force des initiatives en la matière ainsi que cela a été mis en lumière par les difficultés que connaissent d'autres organismes qui tentent de l'incorporer à leurs mandats. À titre d'exemple, on peut citer le cas du BCCDC qui au cours des dernières années a dû faire face à de nombreux obstacles dans ses tentatives d'incorporer la promotion de la santé à son mandat.

L'Ontario jouit d'une importante capacité dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques et des blessures. Au niveau provincial, avec le soutien de MSSLD et du ministère de la Promotion de la santé, le Réseau des centres ontariens de ressources pour la promotion de la santé[12] appuie les praticiennes et les praticiens en construisant la capacité par le biais de la fourniture de formations, de consultations, de ressources (imprimées et électroniques), par les occasions de construction de réseaux et les services d'aiguillage. Un certain nombre d'ONG qui se spécialisent en santé et maladies font partie des intervenants de premier plan en ce domaine et offrent de nombreuses occasions de miser sur le travail accompli et de favoriser ainsi une plus grande cohérence et l'établissement d'un axe commun.

Quelles que soient les compétences et les expertises disponibles, les bureaux de santé publique et les ministères partenaires doivent miser sur les résultats indépendants les plus probants en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques et des blessures et les traduire en outils et en données utiles pouvant servir à la mise en oeuvre de politiques et de pratiques fondées sur les preuves. Les participants aux tables rondes qui ont transmis leurs points de vues aux membres du GTMOA ont souligné de façon claire la nécessité de renforcer et de centraliser le soutien au secteur des maladies non transmissibles et à la surveillance des facteurs de risque. Le GTMOA croit que l'Agence pourrait éventuellement assumer un rôle important dans ce domaine en unissant ses efforts à ceux des autres intervenants pour améliorer les Systèmes rapides de surveillance des facteurs de risque existants et pour réussir avec le temps à consolider les ensembles de

données disponibles en établissant une solide capacité centrale qui permettrait de mesurer et d'évaluer notre capacité à modifier les facteurs de risque par le moyen d'interventions en santé publique. Nous suggérons que l'Agence, en tant que ressource centrale, axe en premier lieu son action sur le renforcement de la coordination et sur l'amélioration de l'accès en tablant sur les ressources existantes. Dans cette perspective, l'examen du Réseau des centres ontariens de ressources pour la promotion de la santé sera déterminant puisqu'il fournira des indications sur le travail à réaliser pour harmoniser son rôle à ceux du ministère de la Promotion de la santé, du MSSLD et de l'Agence.

Santé environnementale

Les composantes chimiques physiques et biologiques ont un effet important sur la santé humaine. Il est essentiel d'accorder de l'attention à leur présence dans notre eau, dans nos aliments et dans l'air que nous respirons si nous voulons prévenir une série de maladies transmissibles et non transmissibles et promouvoir la santé et le bien-être. Les questions de santé environnementale sont au premier plan de nos préoccupations, surtout depuis les problèmes qui ont récemment marqué le fonctionnement des systèmes de sécurité hydriques et alimentaires de la province.

Il existe à l'intérieur du secteur de la santé publique une demande croissante de compétences spécialisées afin de traiter les problèmes environnementaux actuels et émergents[13] et de répondre à un nombre croissant de préoccupations liées aux facteurs environnementaux pouvant causer des maladies, par exemple des agents environnementaux mis en cause dans de nombreux types de cancer. Même si le rapport Walker n'a pas traité des questions environnementales et qu'elles n'ont pas été incluses dans les engagements du projet *Opération de protection de la santé*, le GTMOA considère que la santé environnementale devrait être un domaine important de spécialisation de l'Agence.

Les bureaux de santé publique s'intéressent depuis de nombreuses années à l'alimentation. Plus récemment, ils ont traité de sujets environnementaux plus vastes, notamment les questions hydriques et alimentaires. Ces efforts, même s'ils n'ont pas été menés de façon égale partout dans la province, ont été essentiels au développement et à la mise en œuvre d'initiatives de soutien aux priorités et aux besoins locaux.

La santé environnementale traite de problèmes complexes et requiert l'apport de plusieurs spécialités et domaines d'expertise. En unissant ses forces à celles des intervenants clés en matière de santé environnementale, notamment le ministère de la Promotion de la santé, le ministère de l'Environnement, le ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation et des Affaires rurales et les bureaux de santé publique, l'Agence pourrait devenir une plaque tournante en matière de ressources en soutien à la recherche et au développement des connaissances en santé environnementale. Elle serait en outre bien placée pour renforcer la gestion de la capacité de surveillance et d'information en matière d'identification des problèmes environnementaux et d'efficacité des nombreuses stratégies de prévention, d'atténuation et de contrôle.

La création d'un domaine de spécialisation en santé environnementale permettrait à l'Agence de :

- Mener des recherches axées sur le renforcement du fondement scientifique qui est à la base des processus décisionnels portant sur les questions de santé environnementale, sujet qui suscite un intérêt croissant ;
- Aider l'Ontario à prévoir les défis émergents en matière de santé environnementale et à s'y préparer ;
- Permettre aux chercheurs de relier les connaissances en santé environnementale à d'autres spécialités telles la génomique, la planification urbaine et l'écologie ; et
- Offrir un accès à des centres établis et activement engagés dans la construction d'expertises en santé environnementale en Ontario et ailleurs (p. ex. le centre national de collaboration en santé de l'environnement récemment formé et incorporé au BCCDC).

L'Agence pourrait également devenir une source d'expertise scientifique et technique qui servirait à étayer un fort nécessaire programme de normes de santé environnementale à l'intérieur des Lignes directives touchant les programmes et services de santé obligatoires[14] et le développement d'outils et de méthodes d'évaluation des risques liés aux menaces environnementales et à leurs effets sur la santé.

Clients

Les bénéficiaires directs du travail de l'Agence seraient ses clients, c'est-à-dire les personnes et les organismes auxquels l'Agence fournirait ses services. Selon le

ndat que recommande le GTMOA, les clients de
gence feraient partie du secteur élargi de la santé,
incluraient :

- Les fournisseurs de services de santé, y compris les cliniciens, les professionnels de la santé publique, les universitaires, les établissements de soins tels les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les cliniques communautaires et les centres de santé ;
- Les bureaux de santé publique ; et
- Les ministères partenaires.

Chapitre 5

Compétence législative

Cadre légal

La *Loi sur la protection et la promotion de la santé*[1] établit les obligations et les responsabilités des Conseils de la santé et les exigences auxquelles ils doivent se confirmer en matière de rapport aux médecins hygiénistes et des bureaux de santé publique au ministère.

Dans son deuxième Rapport provisoire sur la crise du SRAS[2], le juge Campbell a réalisé un examen très approfondi de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*. Il a proposé à partir de cet examen un ensemble complet de changements axés sur le renouvellement et le renforcement de ladite loi et plus particulièrement sur le renforcement des pouvoirs des médecins hygiénistes et du médecin hygiéniste en chef.

Parallèlement au travail réalisé par le juge Campbell, le Comité d'examen de la capacité d'intervention étudie la structure, la gouvernance et l'organisation des bureaux de la santé publique. Nous ne connaissons pas encore les recommandations finales du Comité, mais compte tenu de la nature des sujets qu'il traite, il est certainement possible que des changements à la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* soient proposés. Nous ne nous attendons pas à ce que les responsabilités légales et les attentes du secteur de la santé publique cessent d'évoluer au cours des années à venir. Mais l'obligation de déclaration des maladies infectieuses est un enjeu central qui doit être traité de la façon la plus rigoureuse et claire possible. Cette exigence de clarté et de rigueur sera encore plus forte lorsque l'Agence sera établie.

Notre réflexion concernant la compétence législative de l'Agence a donc pour toile de fond d'éventuels changements, mais nous ne pouvons pas prévoir avec exactitude la forme que prendront ces changements centralement et localement.

Il est évident que si notre objectif est de créer un système plus cohérent et mieux structuré, les décisions finales concernant les pouvoirs et les exigences en matière de transmission de l'information par l'Agence devraient être envisagées et traitées en tant que partie d'un système plutôt que de façon isolée. Mais nous sommes d'autre part très conscients du fait qu'il faut apprendre à marcher avant de pouvoir courir.

Pouvoirs

Pour ces motifs, nous recommandons de ne pas attribuer à l'Agence les pouvoirs et les obligations qu'ont actuellement le ministre, le médecin hygiéniste en chef, le Conseil de la santé et le médecin hygiéniste et de ne pas lui imposer les obligations correspondantes. Il

serait inconséquent et prématuré de donner de tels pouvoirs à l'Agence dès le début, car l'acquisition de pouvoirs est toujours liée à la capacité de les exercer.

Le GTMOA recommande donc qu'aucun pouvoir additionnel ne soit attribué à l'Agence à cette étape de son développement, à la fois pour des raisons pratiques et philosophiques. En effet, la responsabilité et l'autorité d'intervenir dans une situation de risque sanitaire sont en premier lieu une responsabilité locale et nous ne voyons aucune raison pour que cela change. Les bureaux de santé publique-sont près des collectivités qu'ils desservent et ils sont donc mieux placés pour freiner la progression des risques. Nous sommes d'accord avec les observations du juge Campbell selon lesquelles le rôle de l'Agence n'est pas de supplanter les autorités actuelles, mais plutôt de soutenir et de compléter la capacité du système à agir localement et régionalement, en fonction des besoins.

Exigences en matière de rapport

Le GTMOA s'est demandé à quel organisme et à quelle personne il conviendrait de déclarer les maladies infectieuses. Le régime actuel est désuet et des réformes s'imposent à la fois sur le plan des personnes qui doivent faire rapport au bureau de santé publique et sur celui des maladies qui doivent être déclarées. Les fondements de l'approche actuelle sont toutefois corrects et nous ne voyons pas de raison de les modifier.

En ce qui concerne la centralisation de la déclaration des maladies infectieuses au MSSLD par le canal du bureau de santé publique, bien que nous ayons recommandé que l'Agence ait dans ce contexte un mandat de surveillance, nous tenons à signaler que les modalités de rapport duelles ou fractionnées ne sont ni pratiques ni souhaitables sur le plan opérationnel en matière de maladies à déclaration obligatoire.

À ce stade, nous recommandons que les rapports officiels continuent de se faire ainsi que l'établit la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, c'est-à-dire par l'intermédiaire des bureaux de santé publique vers le MSSLD. Le maintien de ce mécanisme ne signifie toutefois pas que l'Agence n'ait pas de rôle à jouer en matière de soutien et d'analyse épidémiologique de l'information produite. Dans cette perspective, l'Agence devrait travailler à partir d'un seul ensemble commun de données et elle devrait entreprendre, suivant le besoin, des analyses complémentaires. Nous croyons qu'il serait plus approprié de réexaminer cette question au bout de trois ans de plein fonctionnement de l'Agence.

Pouvoir de collecter, utiliser et divulguer les renseignements personnels sur la santé

L'Agence devra être désignée de façon appropriée en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé*[3] et de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*[4] afin de pouvoir réaliser ses fonctions en matière de surveillance des activités, d'analyse en laboratoire et d'épidémiologie.

La capacité de collecter, d'utiliser et de divulguer les renseignements personnels sur la santé (RPS) et celle de répartir les informations entre l'Agence, le ministère et le terrain devrait être accompagnée de l'autorisation de divulguer les RPS à l'Agence afin de lui permettre d'atteindre ses objectifs tout en l'obligeant à instaurer des politiques et des procédures de protection de la confidentialité des informations échangées.

À cette fin, il est recommandé que dans une perspective de mise en oeuvre des pratiques exemplaires l'Agence consente au cours de ses trois premières années de fonctionnement à l'examen de ses procédures et ses pratiques par le Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée.

Déclenchement des interventions de l'Agence par le médecin hygiéniste en chef

En tenant compte de l'exigence de clarté dans la gestion des situations d'urgence et des urgences déclarées, le GTMOA recommande que des dispositions particulières soient édictées afin d'autoriser le médecin hygiéniste en chef à déclencher les interventions de l'Agence lorsque cela est requis ou lorsqu'il l'estime nécessaire. Des dispositions similaires devraient être prises pour permettre qu'en situation d'urgence l'Agence fonctionne à l'intérieur d'une structure globale d'intervention du secteur de la santé.

Services de laboratoire

En prévision du rôle de recommandation de l'Agence en matière d'opérations de laboratoire, il est proposé que les exigences réglementaires de transfert d'échantillons au Laboratoires de santé publique de l'Ontario demeurent inchangées. Ce point pourrait être reconsidéré à la suite de l'examen du mandat de l'Agence.

Chapitre 6

Laboratoires de santé publique de l'Ontario

Introduction

Le système des Laboratoires de santé publique de l'Ontario (LSPO) est l'un des plus grands systèmes de laboratoires de santé publique en Amérique du Nord. Il est formé d'un laboratoire central situé à Toronto et de onze laboratoires régionaux répartis dans la province. Le système ontarien constitue aussi la composante centrale d'un réseau national de laboratoires de santé publique qui comprend des laboratoires de santé publique dirigés par d'autres administrations gouvernementales ainsi que le Laboratoire national de microbiologie (LNM) de niveau 4 du Manitoba.

Plus de 600 employés travaillent dans les LSPO. Ces employés réalisent plus de quatre millions d'analyses de laboratoire par année, diagnostiquant des maladies tels la tuberculose, le SIDA, le SRAS, l'hépatite, l'influenza et le virus du Nil occidental et testant l'eau potable des puits privés.

Nous pensons souvent aux laboratoires en termes étroits et nous les concevons comme des endroits où l'on analyse des échantillons. Mais les LSPO sont avant tout des fournisseurs d'informations et de données.

Les données produites par les laboratoires étayent les diagnostics et soutiennent les processus de prise de décisions dans tout le système de santé. Dans le cadre du système de santé publique, les laboratoires jouent un rôle crucial dans la surveillance des maladies infectieuses et dans la livraison des résultats d'analyses et ils fournissent les informations requises au plan régional et provincial, permettant ainsi d'évaluer la nature des maladies et leur taux de propagation.

L'histoire des services de laboratoire de santé publique de l'Ontario remonte au début du vingtième siècle, alors que l'« Ontario Board of Health », précurseur du MSSLD, fonda le premier laboratoire de santé publique de la province. Durant une bonne partie de ses premières années, les activités du laboratoire furent axées sur la recherche et des liens solides l'unissaient à l'Université de Toronto. Les laboratoires de recherche Connaught partagent d'ailleurs aujourd'hui une généalogie commune avec les LSPO.

Il n'y a pas si longtemps, une vingtaine d'années au plus, les activités des LSPO étaient toujours axées sur la recherche et le Laboratoire était reconnu mondialement pour la qualité des recherches qui s'y réalisaient ainsi que pour la qualité de ses méthodes et pour sa contribution générale au domaine de la science de laboratoire.

La réputation du laboratoire s'est érodée au fil des ans, pour de nombreuses raisons :

- Les sérieuses difficultés de financement des années quatre-vingt-dix ;
- Le déséquilibre croissant sur le plan de la compétitivité des salaires du personnel médical de direction,du personnel scientifique et du personnel scientifique ; et
- Le changement d'axe et les priorités changeantes des différents gouvernements en matière de santé publique en général et de recherche directe en laboratoire particulièrement.

Cette érosion a donné lieu aux problèmes substantiels auxquels font actuellement face les LSPO. Ces problèmes ont été partiellement traités dans une série de rapports fédéraux et provinciaux réalisés comme suite à la crise du SRAS et à la récente éclosion de la maladie du légionnaire. Nous détaillons ci-dessous les problèmes les plus urgents qui se posent aux LSPO.

Recrutement

Les LSPO font face à une forte pénurie de personnel dans certains domaines essentiels d'expertise. Ce déficit est particulièrement notable dans les professions les plus affectées par la pénurie, notamment en microbiologie. Cela fait de nombreuses années que les LSPO connaissent de sérieux obstacles dans son recrutement de microbiologistes médicaux, scientifiques et technologues de laboratoire. Il existe une forte concurrence pour attirer les personnes qualifiées qui sont disponibles et les LSPO ont fait tout ce qu'ils ont pu pour être à la hauteur des conditions offertes à certaines catégories de postes par les centres universitaires de sciences de la santé et d'autres centres de recherche en Ontario et dans le reste du pays. Le déséquilibre ne se manifeste pas seulement sur le plan de la rémunération, mais également sur celui de la culture de la recherche et de l'innovation que de nombreux scientifiques recherchent de nos jours chez leurs employeurs.

Infrastructure matérielle

Les installations matérielles actuelles du Laboratoire central de santé publique de l'Ontario et d'au moins deux des laboratoires régionaux sont vieillissantes et requièrent d'importantes améliorations. Dans le cas du Laboratoire central, le vieillissement des installations, l'aménagement et l'emplacement des installations vont exiger l'engagement de dépenses supplémentaires au cours des prochaines années uniquement pour en maintenir le fonctionnement et sans égard aux suites données aux recommandations du GTMOA.

Technologie de l'information

À une époque où la rapidité de production des résultats d'analyses est cruciale et alors que les analyses de laboratoires sont de plus en plus automatisées, il manque aux opérations des LSPO un système d'information de laboratoire (SIL) unique et intégré.

Cette situation engendre de nombreux problèmes dont l'un des plus sérieux est la grande quantité de données et de résultats d'analyses qui sont enregistrés manuellement ainsi que le dédoublement des efforts d'entrée de données par les établissements de soins de santé qui comptent sur les analyses effectuées par les laboratoires.

De nombreux problèmes découlent de cette situation : les délais dans les résultats d'analyses de patients; le dédoublement des analyses et la complexité de la coordination des données employées pour mesurer les tendances; et les éclosions et pour réaliser des analyses épidémiologiques. Ces problèmes sont plus que de simples lacunes et il s'agit d'une situation négative en termes de rapport coût-temps. Le renouvellement des LSPO est donc plus qu'une simple question d'alignement opérationnel sur les activités de l'Agence et doit être arrimé à un processus d'implantation d'un système de SIL actualisé et intégré.

Mandat d'analyse

Les responsabilités des LSPO en matière d'analyse se sont étendues au fil des décennies à la fois à cause de décisions conscientes et de circonstances fortuites. Dans certains cas, les LSPO ont fourni certains services d'analyse, car ils étaient à ce moment-là le seul laboratoire qui en avait la capacité ou parce qu'ils apparaissaient comme étant le meilleur choix. Dans d'autres cas encore, les fonctions d'analyse étaient transférées du secteur des soins actifs aux LSPO.

C'est pour toutes ces raisons que les LSPO réalisent en 2006 des analyses de routine et que son mandat principal qui est de travailler sur les maladies émergentes, les tests de contrôle et la mise au point de tests portant sur les nouveaux agents pathogènes s'est affaibli. Cette composante du renouvellement des LSPO devrait donc dépasser la simple amélioration des méthodes de fonctionnement pour mettre l'accent sur les types d'analyses que les laboratoires devraient effectuer.

Dans l'ensemble, ces éléments brossent le tableau d'une organisation qui a fonctionné dans des conditions difficiles durant trop longtemps. C'est sans doute partiellement à cause de la relative invisibilité des fonctions de laboratoire que nous nous trouvons aujourd'hui dans une situation de faiblesse en regard des demandes plus fortes et plus visibles d'autres composantes du système pour l'obtention de maigres ressources. Il est temps de redonner sa visibilité au laboratoire.

Plus récemment, le rapport annuel pour 2005 du médecin hygiéniste en chef présenté à l'Assemblée législative en 2006 disait clairement ceci :

« En Ontario, le personnel des laboratoires de santé publique, soit du laboratoire central et des laboratoires régionaux, a fréquemment été sollicité au cours des diverses crises survenues au cours de la dernière décennie afin de procéder à toute vitesse à des épreuves de volumes considérables d'échantillons de toutes sortes à la demande de bureaux de santé publique et de fournisseurs de soins de santé. Le SRAS, le virus du Nil occidental et la tuberculose dans le réseau de centres pour itinérants à Toronto n'en sont que quelques exemples. La capacité de relever ces défis traduit la hauteur des efforts et du dévouement consacrés par le personnel professionnel et technique du laboratoire de santé publique et ce, malgré la nécessité chronique et désormais urgente de stabiliser et de renforcer ces établissements ».

As Ainsi que l'exprime le médecin hygiéniste en chef, il faut d'urgence renouveler le système et reconnaître que les gens qui y travaillent ont plusieurs fois été à la hauteur de la situation.

Le véritable défi consiste selon nous à renouveler, re-outiller et remettre les LSPO sur son axe afin que les personnes qui y travaillent soient dotées des outils, des procédés et du soutien dont elles ont besoin et que nous demandons pour elles. Cela leur permettrait de répondre aux défis courants, mais également d'instaurer un cadre dans lequel elles se sentiraient valorisées et pourraient exceller.

Le renouvellement et le renforcement du rôle des LSPO amélioreront notre niveau de préparation en matière de détection des éclosions de maladies infectieuses et transmissibles dans toute la province et ils bénéficieront également au système dans son ensemble.

Nous considérons qu'une partie de la solution en matière de reconstruction des LSPO réside dans l'approfondissement et le renforcement de l'axe formé par la recherche et les partenariats ainsi que par les occasions que ces deux composantes produisent. Ironiquement, cet axe est celui qui dès le début a favorisé la croissance des LSPO et nous sommes d'avis que le retour à cette orientation fait partie intégrante de son renouvellement

Les LSPO et l'Agence

La mise en œuvre d'une nouvelle vision pour l'avenir des LSPO en tant que centre de recherche et d'innovation ne peut se faire que par le canal d'une convergence entre les LSPO et l'Agence. Nous proposons donc que l'Agence intègre la responsabilité des opérations des LSPO à sa structure de fonctionnement. Cette démarche serait consistante avec l'approche organisationnelle générale privilégiée par un nombre croissant d'agences de santé publique et nous croyons qu'elle serait également pertinente pour ce projet. Le tableau 10 décrit les services de santé publique offerts par les laboratoires d'autres administrations gouvernementales.

Le transfert des LSPO à l'Agence aurait de nombreux avantages.

- La transition vers l'Agence permettrait de combler la distance qui existe sur le plan organisationnel entre la santé publique et les LSPO et dont traite le rapport Walker[2]. D'organisme peu influant implanté dans la structure d'un grand ministère et non orienté fondamentalement à la livraison de services directs, les LSPO deviendraient la composante vitale d'une organisation plus petite et plus ciblée, dont le mandat compléterait le sien.
- De nombreux rapports l'ont souligné, le recentrage des LSPO permettrait un renforcement important des liens avec les domaines connexes de la surveillance et de l'analyse épidémiologique.
- Ce changement favoriserait l'amélioration de l'accès à l'expertise et le renforcement des liens à l'intérieur et à l'extérieur du système, tout en créant les conditions nécessaires à la revitalisation de l'axe de recherche et en mettant en place les conditions requises pour faire face aux énormes défis actuels en matière de recrutement.
- Il existe un solide potentiel en matière de partenariats scientifiques innovateurs si les affiliations et les liens proposés pour l'Agence sont institués, notamment avec le Collège vétérinaire

de l'Ontario et l'Université de Guelph (p. ex. pour les maladies zoonotiques et le staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM), et si avec le temps des programmes conjoints de recherche sont menés avec d'autres centres ou organismes similaires au Canada (notamment avec le BCCDC et l'INSPQ).

En tenant compte de ces possibilités, le GTMOA recommande l'intégration des LSPO à la structure organisationnelle de l'Agence.

Transfert progressif

Le GTMOA recommande un transfert progressif des LSPO à l'Agence d'ici 2008. Dans un premier temps, le GTMOA avait pensé recommander que seules certaines composantes des fonctions du Laboratoire central de santé publique soient transférées à l'Agence et que les analyses de routine demeurent sous la responsabilité du ministère. Mais à la suite d'une analyse plus approfondie, le GTMOA a révisé sa position et ses membres ont conclu qu'un transfert partiel serait nettement irréalisable et donnerait lieu à un effet de morcellement des opérations. Les analyses qu'entreprend actuellement les LSPO dans ses laboratoires régionaux ne se font pas uniquement en fonction du secteur, mais également sur une base régionale. De plus, on s'attendra à juste titre que l'Agence réponde aux besoins de l'ensemble de la province. Il faudra donc établir un système provincial de surveillance, d'accès aux données et de capacités d'analyse de référence.

Le GTMOA croit qu'il est important que les LSPO restent entiers, car les diviser reviendrait à fragmenter encore un système déjà complexe. De plus, une division ne permettrait ni à l'Agence ni aux LSPO de répondre entièrement aux besoins de leurs clientèles.

Le GTMOA s'est aussi penché sur les échéanciers possibles en tenant compte de la complexité de la situation et du soin qu'il faudra apporter à la mise en œuvre du réalignement des LSPO, tout en continuant à fournir un service vital dans un contexte de réforme. Pour mettre intégralement en œuvre cette approche, il faudra soigneusement en planifier l'implantation et il faudra aussi attribuer au projet des fonds spéciaux en plus des coûts de base de fonctionnement de l'Agence.

Le GTMOA reconnaît l'ampleur de cette entreprise et propose l'établissement immédiat d'une équipe de transition du laboratoire (son rôle est détaillé plus bas), afin de planifier un réalignement réussi. Nous recommandons que les éléments suivants soient déjà mis en place, ou que leur mise en place soit en bonne voie d'être achevée, avant de transférer les LSPO à l'Agence :

- La constitution de l'Agence en personne morale ;
- Le conseil d'administration fondateur doit être mis en place (voir la section sur la gouvernance) ;
- Les domaines de spécialisation et les fonctions doivent être définis, et leur structure et leur capacité de soutien doivent être opérationnelles afin de permettre la bonne marche du transfert des LSPO à l'Agence ;
- Le plan complet des ressources humaines doit être prêt et accepté par toutes les parties pour que la continuité du service et la stabilité du personnel soient maintenues durant la phase de transfert ; et
- Le financement du SIL et sa planification doivent être établis. Il est essentiel que cette partie du travail soit traitée comme une priorité. Il est donc important que le terrain soit prêt et que les engagements financiers soient mis en place tôt afin que le SIL puisse aider l'Agence à moderniser les opérations.

Afin de remplir ces conditions préalables, le GTMOA recommande que le transfert des LSPO à l'Agence s'effectue par étapes.

Revitalisation du système de laboratoires de santé publique de l'Ontario

Activités à entreprendre immédiatement

Phase 1

(06/07)

1. L'équipe de transition est établie.
2. L'espace de réinstallation des fonctions principales d'analyse est choisi, conçu et confirmé.
3. Le conseil d'administration est formé, les opérations de laboratoire sont prêtes à commencer et les postes de direction sont comblés.
4. Le financement de l'implantation du système d'information de laboratoire (SIL) est entièrement assuré.

Phase 2

(07)

1. Toutes les parties sont d'accord avec le plan de transition.
2. L'implantation du SIL est en cours.
3. Les politiques, les procédures et les mécanismes de soutien sont pleinement opérants.
4. La mise au point des installations des laboratoires régionaux est en cours.

Phase 3

(07/08)

1. Réinstallation physique des services principaux du laboratoire à l'Agence.
2. Transfert des responsabilités des opérations à l'Agence.
3. Début de la révision du programme des services d'analyse.
4. Les ententes de partenariats de recherches sont établies.

Activités à entreprendre immédiatement

Tableau 11. Revitalisation du système de laboratoires de santé publique de l'Ontario

	BCCDC	INSPQ	US State Public Health Laboratories	UK Health Protection Agency (Angleterre et Pays de Galles)
Autorité et délimitation des rôles	Loi, règlements	Loi, règlements	Loi et règlements des états	Loi, règlements
Organisation des laboratoires (Note : les niveaux d'engagement varient)	La BCCDC est une agence de la Provincial Health Services Authority.	INSPQ est un organisme gouvernemental indépendant qui comprend : • Le Laboratoire de santé publique du Québec; • Le Centre d'expertise en dépistage; • Le Centre de toxicologie du Québec.	Fait partie des ministères de la Santé des États (Health State Departments). Divers sites.	Le Public Health Laboratory Service (PHL) fait partie de la nouvelle agence de protection de la santé publique (Health Protection Agency – HPA); les analyses sont réalisées au PHL central et dans plusieurs PHL régionaux au pays : • 14 sites (22 laboratoires au total)
Surveillance et épidémiologie	Fait partie de la BCCDC.	Fait partie de l'INSPQ.	Fait partie des ministères de la santé des états (Health State Departments).	Fait partie de la HPA, chaque laboratoire analyse des agents pathogènes particuliers.
Rôles supplémentaires	Formation pour les technologues, les médecins résidents et les scientifiques. Recherche et développement. Permettre la flexibilité en matière d'effectifs dans la division de bactériologie environnementale afin de créer une capacité « de pointe » pour pouvoir traiter les charges de travail supplémentaires.	Étude et surveillance de la santé. Recherche et développement. Coopération internationale et formation, incluant : • postes d'enseignement et de formation; • séminaires et symposiums; • formation continue; • amélioration de la formation de base en santé publique.	Formations variées. Recherche et développement.	Formations pour les technologues, les médecins résidents et les scientifiques. Recherche et développement. Un groupe varié composé de membres du personnel médical et scientifique.
Soutien au terrain		Axé sur la capacité créée par la Loi sur la santé publique.	Axé sur la capacité créée par des ententes avec les agences locales de santé publique, les laboratoires cliniques et par le canal du Laboratory Response Network (bioterrorisme)	Axé sur la capacité du laboratoire central et des laboratoires régionaux.

Figure 10. Laboratory Services in Public Health Agencies

Phase 1 –Activités de laboratoire à entreprendre immédiatement

Établissement d'une équipe de transition du laboratoire

Le GTMOA recommande la formation d'une équipe qui piloterait le transfert des LSPO et qui ferait partie de l'équipe de mise en œuvre de l'Agence. L'équipe de transfert devrait être dotée d'un personnel spécialisé et d'un accès immédiat à des ressources spécialisées dans des domaines clés. Elle devra contribuer à :

- La planification et la stratégie en matière de ressources humaines ;
- La logistique liée à l'acquisition des nouvelles installations et au transfert des fonctions principales du laboratoire ;
- Le SIL ;
- L'étude des critères du programme des analyses en laboratoire ;
- La planification de la vision à long terme ;
- La planification financière ; et
- La gestion de projets.

Une fois l'équipe de transition formée, une phase de mise en œuvre détaillée devrait être élaborée, formant la base du plan final à présenter au premier conseil d'administration de l'Agence et au MSSLD pour son adoption.

Constituer l'Agence en personne morale

L'Agence ne pourra commencer à jouer un rôle direct qu'une fois constituée en personne morale et dotée d'un conseil d'administration et d'un noyau d'employés essentiels. Pour réussir la phase de transfert, la priorité clé des opérations de l'Agence durant la première année devrait être la mise en place d'une infrastructure de ressources humaines et de soutien des activités organisationnelles et administratives. Dans ce contexte, le soutien à la transition et la mise en place rapide d'une équipe de direction composée d'experts en gestion de laboratoire sont essentiels à la réalisation en temps voulu de cet ambitieux projet.

Co-implantation de certaines fonctions d'analyse et de l'Agence

À l'origine, le rapport Walker recommandait d'installer le Laboratoire de Santé publique central à l'intérieur de l'Agence.[3] Le gouvernement soutenait ensuite cette recommandation sur la base des engagements énoncés dans *l'Opération protection de la santé*.[4]

Le GTMOA souhaite mettre l'accent sur les nombreux facteurs dont il faudra tenir compte pour réaliser cet engagement. L'endroit choisi devrait :

- Fournir un accès direct aux ministères, aux bureaux du médecin hygiéniste en chef, à l'Unité de gestion des situations d'urgence et aux autres partenaires essentiels du domaine des services ;
- Améliorer la capacité d'accéder aux recherches et de collaborer avec la communauté scientifique et de recherche locale ; et
- Contribuer au renforcement de la focalisation sur la recherche et l'innovation en renforçant les liens et la collaboration avec les centres universitaires de sciences de la santé

Entreprendre l'implantation du Système d'information de laboratoire (SIL)

La co-implantation sous un même toit des fonctions essentielles d'analyse du Laboratoire de Santé publique central fait partie de l'ensemble des mécanismes visant à renforcer les liens entre la santé publique et les LSPO. Mais il faudrait aussi entreprendre rapidement des actions destinées à améliorer la cohérence et la capacité d'échanger électroniquement des données entre les composantes des LSPO fortement décentralisés, et entre les LSPO et ses clients.

Partout dans le secteur des soins actifs et en général dans les systèmes de laboratoires de l'Ontario, la norme est d'utiliser un SIL pour gérer les résultats des analyses. Le fait que les LSPO ne fonctionnent pas avec un SIL constitue un obstacle et pose des défis pratiques qui nuisent à l'utilisation optimale des ressources et à la livraison des résultats aux clients en temps voulu.

Lorsque le MSSLD entreprendra avec le temps de fortifier les liens entre les laboratoires par le canal du projet provincial de Système d'information sur les laboratoires de l'Ontario (SILO), les LSPO ne pourront pas être relié au SILO à cause de l'absence-d'un SIL unique et intégré aux LSPO.

Le développement et l'implantation rapide par le MSSLD et l'Agence d'un SIL sont essentiels au renouvellement du laboratoire. Le transfert de composantes d'équipements de laboratoire à un nouveau site ne contribuera en rien à l'atteinte de nos objectifs communs si les LSPO ne fonctionnent pas comme un tout, c'est-à-dire en tant que système intégré qui permet une communication rapide et efficace avec les partenaires du système des services de santé.

Phase 2 – Renouvellement des Laboratoires régionaux de santé publique

Les obstacles qui dérivent de l'installation matérielle du Laboratoire central de santé publique affectent aussi un petit nombre de laboratoires régionaux. Trois laboratoires doivent gérer des installations matérielles vieillissantes et qui doivent être remplacées.

Les décisions portant sur le renouvellement des laboratoires devront être prises indépendamment de la création éventuelle de l'Agence et il faudra accorder une attention prioritaire aux installations de London et de Thunder Bay. Dans un contexte du renouvellement régional, le GTMOA suggère que le MSSLD et l'Agence se concentrent sur la localisation de fonctions régionales qui permettraient de renforcer les liens avec des centres universitaires de sciences de la santé et d'autres centres de concentration de l'expertise (p. ex. en maladies zoonotiques). La future Agence et le MSSLD devraient de plus analyser en profondeur le projet de développer un plus grand nombre de centres régionaux spécialisés.

Phase 3 – Revitalisation à long terme orientée à soutenir le mandat de l'Agence

La nécessité d'envisager l'avenir des LSPO sur une vision à plus long terme cadre avec le projet de mettre immédiatement en œuvre les changements qui permettront le renouvellement des LSPO. Le GTMOA recommande l'application d'une série de mesures fondamentales qui contribueront à renforcer les LSPO.

L'évolution des laboratoires régionaux en centres d'excellence

Le GTMOA recommande de restructurer les laboratoires régionaux et de créer trois centres régionaux d'excellence. Ces centres devraient être pourvus d'effectifs dans les domaines de la médecine et de la science, notamment en microbiologie et en diagnostics spécialisés, dans les principales installations régionales et les autres laboratoires devraient avoir accès à ce leadership médical et scientifique dans le cadre d'une structure coordonnée.

Examen du mandat d'analyse

Le renouvellement des LSPO exige également un examen approfondi de son mandat en matière d'analyses de laboratoire. La question de la pertinence du mandat des LSPO devra être posée. Le GTMOA considère que cet examen devrait être effectué conjointement par le MSSLD et d'autres intervenants plutôt que par l'Agence de façon isolée. Au cours des années à venir, le processus de renouvellement des LSPO devra s'appuyer sur une vision et sur des critères qui établissent beaucoup plus clairement les caractéristiques des analyses qui devraient s'effectuer dans les LSPO. Nous pensons que l'examen devrait aussi établir les critères d'un nouveau mandat d'analyse. Par ailleurs, si des analyses étaient considérées comme étant hors du mandat des LSPO, avant d'y mettre fin et avant de mettre fin à n'importe quelle catégorie d'analyse, il faudrait assurer la mise en place des conditions, des modalités et des exigences liées à l'assurance-qualité et au transfert des données.

L'examen du mandat d'analyse devrait être axé sur deux volets : a) la pertinence et l'adéquation à un mandat des LSPO, et b) évaluation des résultats (p. ex. la capture de données) supplémentaires qu'il faudrait obtenir à des fins de surveillance courante. Certains domaines d'analyse peuvent à présent être considérés comme des domaines de routine et ne constituent pas un axe de focalisation valable pour les LSPO. Cela dit, les résultats issus de ces analyses pourraient être assez importants dans un contexte de surveillance. Il faudra donc agir de façon particulièrement prudente pour veiller à assurer que les changements aux listes des analyses ne s'accompagnent pas de pertes de données.

Achèvement et réinstallation

La réinstallation physique des fonctions centrales des LSPO devrait être terminée durant cette phase, et une composante de laboratoire niveau 3 devrait être maintenue dans le site antérieur. À ce stade, nous prévoyons que le transfert complet de toutes les opérations du système devrait être terminé.

Chapitre 7

Soutien dans les situations d'urgence et dans les urgences déclarées

Contexte

Le GTMOA a consacré beaucoup de temps à la définition de la place particulière qu'aurait l'Agence au sein de la structure globale de la gestion des urgences du MSSLD et de la province. Le GTMOA a très bien compris les leçons de la crise du SRAS et en particulier l'importance d'une définition claire des rôles. En conséquence, le GTMOA a cherché à assurer que les recommandations concernant le rôle de l'Agence en matière de soutien dans les situations d'urgence ou dans les urgences déclarées seraient intégrées à la structure existante et que la hiérarchie qui sous-tend le système serait claire.

Le mot « urgence » est clairement défini dans les lois (*Projet de loi 56, Loi modifiant la Loi sur la gestion des situations d'urgence, la Loi de 2000 sur les normes d'emploi et la Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*)[1]. Il est utilisé dans le cas de situations qui représentent un danger majeur et qui pourraient causer énormément de mal et des dommages considérables. Cependant, dans certaines situations telles les éclosions, les incidents localisés ou autres situations d'urgence qui ne correspondent pas à une déclaration officielle d'urgence au niveau provincial ou local, l'expertise de l'Agence pourrait être utile. Le GTMOA a donc utilisé l'expression « soutien dans les situations d'urgence et dans les urgences déclarées » afin que le soutien de l'Agence couvre des situations considérées comme étant au dessous du niveau d'une urgence déclarée par le médecin hygiéniste en chef, mais qui nécessiteraient quand même le déclenchement de l'aide et du soutien de l'Agence.

Sous les auspices du MSCSC, Gestion des situations d'urgence Ontario (GSUO) fournit un encadrement global, de la coordination et du leadership dans la gestion des urgences de la province. Bien que le GSUO possède des compétences spécifiques et une l'expertise de la coordination et de la gestion des urgences, il travaille souvent de façon étroite avec d'autres ministères dans des domaines particuliers d'expertise. Par exemple, le ministère de l'Environnement aurait un rôle important à jouer en cas de déversement de produits chimiques, le ministère des Ressources naturelles serait concerné en premier lieu par des incendies de forêt et le MSSLD serait en première ligne d'une urgence qui aurait des répercussions sur le secteur de la santé.

Depuis la crise du SRAS, d'énormes progrès ont été accomplis dans le domaine de la gestion des urgences sanitaires. UGSU à été établie

à l'intérieur du MSSLD avec la mission de coordonner la planification de la gestion des urgences du ministère et de répondre aux urgences sanitaires. L'UGSU fait partie de la Division de la santé publique et rend des comptes au médecin hygiéniste en chef et sous-ministre adjoint de la Division de la santé publique.

Le GTMOA reconnaît l'importance du travail entrepris par la province et par le MSSLD dans l'amélioration de l'état de préparation et de la réactivité aux situations d'urgence. Le GTMOA considère que l'Agence ne devrait pas effectuer en double le travail qui s'effectue déjà, mais qu'elle devrait plutôt complémenter le travail de la province en ce qui a trait à la planification et les interventions liées aux urgences et lui servir de support en lui fournissant un accès rehaussé à une gamme élargie de spécialités scientifiques et techniques sur une base organisée, permanente et continue. En plus d'élargir le bassin des ressources de soutien, l'Agence pourrait aussi jouer un rôle en facilitant les partenariats scientifiques dans le domaine de l'analyse des risques et de la modélisation et en offrant une capacité de déploiement et d'appui direct au terrain, lorsque nécessaire.

Dans la première partie de son rapport, le GTMOA fournissait une description succincte du rôle qu'il suggérait pour l'Agence en matière d'aide à la gestion des situations d'urgence. Les responsabilités qu'il proposait étaient les suivantes :

- Appuyer les processus d'évaluation des dangers, des risques et des vulnérabilités ;
- Participer aux activités d'atténuation et de préparation ;
- Constituer une réserve en appui aux interventions, en y incluant si nécessaire les ressources humaines et les ressources techniques, notamment en matière de diagnostics ;
- Fournir de l'expertise technique et scientifique et du soutien dans les situations d'urgence ; et
- Appuyer la planification de la gestion des urgences sur les leçons tirées de situations d'urgence.

Le GTMOA souligne le fait que le rôle de l'Agence dans une situation d'urgence devrait être de fournir du soutien et non de diriger les opérations. Le GTMOA considère que le soutien que fournirait l'Agence devrait se déployer dans le cadre d'une ligne hiérarchique unique, basée sur la structure de SGI mise en place par GSUO et, dans le cas du MSSLD, par le Comité de direction de la gestion des situations d'urgence (CDGSU).

Gestion actuelle des situations d'urgence en Ontario

Gestion des situations d'urgence Ontario

Sous mandat du MSCSC, Gestion des situations d'urgence Ontario coordonne la gestion générale des urgences dans la province. Le GSUO est responsable de la gestion de situations d'urgence à grande échelle et des urgences provinciales. L'organisme fournit également son soutien dans des situations d'urgences locales dont la direction et la responsabilité incombent aux autorités provinciales ou régionales et il est responsable de la promotion, de la mise au point, de l'établissement et du maintien des programmes de gestion des situations d'urgence partout en Ontario.

Unité de gestion des situations d'urgence du MSSLD

L'Unité de gestion des situations d'urgence fait partie de la Division de la santé publique et appuie les activités de gestion des urgences à l'intérieur du MSSLD et du système des services de santé. L'UGSU se rapporte au médecin hygiéniste en chef et le S-MA de la Division de la santé publique.

Son mandat est axé sur les responsabilités suivantes :

- Définir et développer une infrastructure qui favorise la continuité de la préparation aux situations d'urgence ;
- Élaborer et coordonner pour le MSSLD la planification de la continuité opérationnelle ;
- Mettre au point le ou les plans de préparation aux urgences du ministère et des protocoles d'intervention alignés sur les attentes du MSSLD et sur les besoins du système des services de santé ; et
- Assurer la transparence des plans d'urgence du ministère et la clarté des niveaux de responsabilité à l'intérieur du système des soins de santé et auprès des Ontariennes et des Ontariens.

Comité de direction de la gestion des situations d'urgence (CDGSU)

Le MSSLD a fondé le CDGSU et en a confié la direction au sous-ministre de la Santé et des Soins de longue durée. Le médecin hygiéniste en chef, le directeur de l'Unité de gestion des situations d'urgence, le coordonnateur de Gestion des situations d'urgence Ontario et autres intervenants sont membres du CDGSU. Nous croyons que l'Agence devrait être représentée au CDGSU par son chef de la direction générale puisque

cela permettrait de lier officiellement la capacité et les ressources de l'Agence à une structure unique d'intervention qui dirigerait l'ensemble des activités à l'intérieur du système de santé.

La fonction de soutien de l'Agence dans la structure hiérarchique en situation d'urgence

Gestion des situations d'urgence Ontario et l'Unité de gestion des situations d'urgence peuvent miser sur l'apport d'experts à l'externe pour la conception et le soutien à la mise en oeuvre de certains processus et protocoles. Le GTMOA propose que l'Agence soit chargée de fournir un accès officiel à un pool élargi de compétences scientifiques et techniques spécialisées liées au volet sanitaire des urgences.

Le GTMOA recommande que le rôle de soutien de l'Agence dans les situations d'urgence et les urgences déclarées soit composé des éléments suivants :

- La fourniture de conseils d'ordre scientifique et technique ayant pour objectif de soutenir et d'améliorer la capacité avant; pendant et après une urgence ;
- La détection des tendances et des événements inhabituels, la modélisation de l'analyse des risques et l'identification des menaces sanitaires potentielles en fonction des activités de surveillance ;
- La conduite de recherches dans le domaine de la gestion des urgences en vue d'augmenter le recours aux bonnes pratiques ;
- L'élargissement de la capacité provinciale de modélisation en matière de planification des interventions dans les situations d'éclosion de maladies ; et
- La fourniture d'une capacité de soutien au terrain suivant le besoin et dans les situations d'urgence ou les urgences déclarées.

Le rôle de l'Agence servirait à renforcer les infrastructures déjà mises sur pied par la Gestion des situations d'urgence Ontario et l'Unité de gestion des situations d'urgence. Le GTMOA recommande qu'un BSGSU soit créé à l'intérieur de l'Agence avec la mission de fournir du leadership à l'interne et du soutien externe aux activités de préparation aux situations d'urgence. Bien que doté d'un nombre restreint d'employés, le Bureau procurerait au MSSLD un accès de type guichet unique qui garantirait une coordination et un niveau d'alignement appropriés.

Selon le GTMOA, l'action du BSGSU de l'Agence ne devrait pas se limiter à fournir du soutien dans les situations d'urgence, mais également à mettre en œuvre en collaboration avec d'autres intervenants une essentielle capacité d'élaboration de stratégies de prévention, de mesures d'atténuation et de stratégies axées sur la préparation. Les responsabilités et les fonctions liées à la planification et aux interventions locales devraient demeurer de compétence locale.

Selon le GTMOA, le rôle de l'Agence ne devrait pas se limiter à fournir du soutien dans les situations d'urgence déclarée. Nous recommandons que l'Agence ait aussi un rôle à jouer dans les situations d'éclosions de maladies et d'urgences non déclarées si le médecin hygiéniste en chef fait appel à son aide directe.

Le GTMOA recommande que dans toutes les situations d'urgence et les urgences déclarées externes, l'Agence fonctionne dans le cadre de la chaîne hiérarchique du SGI. Dans des situations externes au cadre local ou provincial de la gestion des urgences, la capacité de l'Agence serait déployée sur ordre du médecin hygiéniste en chef qui serait responsable de la liaison entre l'Unité de gestion des situations d'urgence du MSSLD et l'Agence. Si les bureaux de santé publique et les médecins hygiénistes demandaient de l'aide sur le terrain dans le cadre de situations d'urgences non déclarées, le médecin hygiéniste en chef pourrait livrer cette aide par le truchement de l'Agence. Ces fonctions pourraient s'appuyer sur une obligation de notification mutuelle entre le personnel de la Division de la santé publique et celui de l'Agence. Le GTMOA recommande que l'Agence travaille de façon prioritaire à établir en collaboration avec le MSSLD et le médecin hygiéniste en chef des procédures et des protocoles de déploiement et qu'elle les articule à ceux des autres intervenants.

Pour assurer la capacité de l'Agence à déployer ses effectifs et à fournir son aide dans les situations d'urgence ou dans le contexte d'éclosion de maladies, le GTMOA recommande d'instaurer un mécanisme permettant d'accéder à des fonds additionnels totalisant environ trois mois du budget de fonctionnement de l'Agence. Ces fonds seraient utilisés pour :

- Les dépenses liées aux services, aux fournitures et aux équipements nécessaires à la gestion des situations d'urgence ou des éclosions de maladies ;
- Permettre la continuité opérationnelle et le respect des ententes ; et

- Couvrir les coûts excédentaires liés au déploiement (transport, hébergement, etc.).

Si ces fonds de prévoyance doivent être gérés par le MSSLD, il conviendrait pour faciliter la reddition de comptes que l'accès aux fonds se fasse sous l'autorité du médecin hygiéniste en chef et soit limité aux circonstances dans lesquelles le médecin hygiéniste en chef a utilisé son autorité pour donner ordre à l'Agence de déployer ses effectifs ou de contribuer de toute autre façon aux efforts liés à la situation d'urgence ou à l'éclosion.

Le rôle de soutien de l'Agence

Gestion des situations d'urgence Ontario établit sa gestion des situations d'urgence autour de cinq phases : la préparation, la prévention, l'atténuation, l'intervention et le rétablissement. Le GTMOA considère cependant que le rôle de l'Agence peut s'articuler autour de trois phases : avant, pendant et après l'événement.

Activités préalables à une situation d'urgence : modélisation de l'analyse des risques et notification mutuelle

Les activités préalables à une urgence sanitaire doivent être axées sur la prévention ou sur l'atténuation des effets potentiels de la situation. L'évaluation des risques est la première étape de cette démarche, mais avant de travailler à l'atténuation des risques sanitaires ou de planifier une intervention, il faut identifier et évaluer le danger. Une fois cette identification réalisée, il devient possible d'établir les priorités d'action selon la probabilité de matérialisation des risques et de leurs effets.

L'identification et l'évaluation d'éventuels dangers sanitaires dépendent généralement des données épidémiologiques et des données issues de la surveillance. L'Ontario a accès à ces données, mais plusieurs secteurs d'activités devraient être renforcés. Pour maximiser l'efficacité de ses interventions, l'Agence devrait :

- Élargir la portée de ses activités de surveillance dans les domaines où ces activités sont restreintes, notamment les infections nosocomiales ;
- Renforcer les liens entre la surveillance en santé humaine et la surveillance en santé animale ;
- Augmenter la capacité de réaliser des modélisations et des analyses de risques ;
- Collecter des données épidémiologiques à partir de plusieurs sources et établir des concordances entre ensembles de données afin d'identifier des tendances ou des événements inhabituels avant qu'ils ne se propagent dans la population ; et
- Étudier et évaluer les possibilités en matière de surveillance non traditionnelle (p. ex. l'utilisation éventuelle de données tirées des ventes de pharmacies pour identifier des sommets inhabituels dans la demande de médicaments antidiarrhéique qui pourrait indiquer un agent pathogène d'origine alimentaire ou hydrique).

La préparation à une éventuelle pandémie d'influenza est une bonne illustration de notre point de vue, puisqu'il s'agit d'un domaine où certains progrès ont été accomplis au cours des dernières années. Dans le cadre de la planification d'une urgence complexe associée à de nombreux éléments imprévisibles, par exemple dans le cas d'une pandémie, l'accès à une capacité de modélisation bien développée permet de tester les plans au fur et à mesure qu'apparaissent de nouvelles informations. Il est important d'améliorer notre capacité à réaliser ses tâches, car elles permettent de faciliter la détection des groupes de personnes les plus vulnérables et de définir les meilleurs moyens de distribuer les réserves généralement limitées de médicaments. De nombreux organismes travaillent actuellement au développement de ces capacités et le GTMOA considère que l'Agence pourrait jouer dans ce contexte un rôle de premier plan. Par ailleurs, comme conséquence de la crise du SRAS, l'Ontario possède des informations et une expérience sur lesquelles il pourrait miser pour mieux prévoir les dimensions psychologiques qui sous-tendent le comportement des praticiens de santé publique et des fournisseurs de services de santé. Dans cette perspective, il serait utile de développer une approche focalisée sur les sciences du comportement.

L'intégration et la co-implantation de l'Agence et des Laboratoires de santé publique de l'Ontario, surtout si elles sont réalisent en même temps que la mise sur pied d'un SIL, devraient en outre permettre de transmettre plus rapidement les résultats d'analyses au ministère et aux spécialistes de l'Agence.

La gestion des incidents et la mise en œuvre de bonnes pratiques en matière de préparation aux urgences sont deux dimensions relativement nouvelles des services sanitaires et de santé publique. Plusieurs des domaines de spécialisation que le GTMOA recommande pour l'Agence comprennent les volets d'échange de connaissances et de soutien à la recherche. La gestion des incidents et les bonnes pratiques pourraient

également contribuer de façon positive aux démarches visant à aider les organismes à intégrer la préparation aux situations d'urgence à leurs plans généraux.

Notification mutuelle

Tel que nous le mentionnons plus haut, le GTMOA recommande d'établir des protocoles de communication entre le MSSLD et l'Agence et d'établir un PE en y précisant les attentes des ministères partenaires en matière de notification mutuelle et de gestion des évènements imprévus. Les protocoles devraient également mettre l'accent sur la façon dont le MSSLD par l'intermédiaire du médecin hygiéniste en chef et de l'Agence pourrait garantir la notification mutuelle en temps opportun des événements imprévus par le moyen de la surveillance, de l'établissement de rapports, ou des mécanismes d'échange d'informations avec le terrain afin qu'en cas d'aggravation d'une situation, l'Agence puisse fournir rapidement son expertise, des conseils techniques et du soutien. Grâce à la notification mutuelle, le médecin hygiéniste en chef et l'Agence pourraient être rapidement informés de tout événement imprévu et les interventions correspondantes pourraient être déployées de façon coordonnée et diligente, ce qui contribuerait à atténuer les risques. Ces protocoles devront être réexaminés et réajustés sur une base permanente lorsque l'Agence sera pleinement opérationnelle.

Activités durant l'événement : communications, protocoles, déploiements et soutien au terrain

Dès ses débuts, l'Agence devrait s'assurer que les plans et les méthodes de travail qu'elle établit avec d'autres intervenants soient efficaces, amplement compris et mis en œuvre le plus tôt possible. En collaboration avec ses partenaires clés, l'Agence devra régulièrement revoir et mettre à jour les plans et les méthodes de travail et veiller à les transmettre de façon claire à toutes les parties concernées. Il est recommandé de structurer l'Agence de façon à fournir son soutien et à déployer rapidement ses effectifs s'il lui est demandé de le faire.

Communications

Le médecin hygiéniste en chef pourrait demander à l'Agence de fournir des informations techniques et scientifiques pour étayer les importants Avis de santé publiés par le MSSLD durant les éclosions. L'Agence pourrait également jouer un rôle constructif en participant à la conception des ressources et des directives d'orientation qui seront produites pour appuyer le terrain durant une éclosion. Cette fonction cadre avec le rôle de soutien de l'Agence.

Rôle de l'Agence dans un établissement de soins de longue durée affecté par l'éclosion d'une infection respiratoire

Une infection respiratoire se manifeste dans un établissement de soins de longue durée situé dans une municipalité de taille moyenne. De nombreux résidents et employés de l'établissement sont malades et il y a eu de nombreux décès. Le bureau de santé publique demande de l'aide au médecin hygiéniste en chef et celui-ci ordonne à l'Agence d'intervenir.

Avant l'événement, l'Agence pourrait axer son aide sur :

- Le rehaussement de la capacité de surveillance ;
- Le soutien à la formation du personnel de l'établissement en matière de pratiques exemplaires liées à la prévention et au contrôle des infections ; et
- L'aide scientifique et technique à l'amélioration des outils de dépistage des établissements de soins de longue durée.

Durant l'événement, si le MSSLD sollicitait l'aide de l'Agence par l'intermédiaire du médecin hygiéniste en chef, les fonctions de soutien de l'Agence pourraient inclure :

Les communications :

- Le personnel affecté à l'échange de connaissances pourrait appuyer l'agent d'information sur le terrain.

Le déroulement des opérations :

- Le personnel clinique pourrait appuyer sur place le personnel clinique qui réalise les traitements ;
- Les spécialistes du contrôle des infections de l'Agence pourraient participer aux comités d'employés ou aux comités consultatifs de l'Agence pour élaborer des recommandations et fournir de l'aide technique en matière de confinement ; et
- Le personnel de laboratoire pourrait effectuer des tests sur des échantillons pour identifier l'agent pathogène qui a déclenché l'éclosion.

La planification :

- Les experts cliniques pourraient formuler des recommandations portant sur les stratégies de traitement ; et
- Le personnel de l'Agence pourrait fournir du soutien technique en ce qui concerne la collecte, l'analyse et le rapport des données et autres activités épidémiologiques locales ou provinciales.

Les finances et l'administration :

- Le personnel de l'Agence pourrait fournir un support administratif.

Il n'est pas recommandé qu'en situation d'urgence de multiples conseillers travaillent de façon isolée. Le rôle de l'Agence devrait être de fournir des conseils techniques à l'intérieur d'un processus établi à l'avance et mis en œuvre en tant que composante d'une structure globale. Afin d'assurer la cohérence des informations, un numéro central servant à canaliser la réponse aux questions techniques émanant du terrain avait été mis en place par le ministre. Nous ne voyons pas de raison de changer ce système. Il est cependant recommandé d'utiliser une approche commune au triage des appels dans les circonstances urgentes.

Activités après l'événement : planification des mesures d'urgence et leçons apprises

La phase de rétablissement est liée aux efforts d'atténuation en ce sens qu'elle est axée sur la prévention d'autres événements. Le GTMOA considère que le soutien de l'Agence devrait être sollicité lorsque nécessaire en tant que participant aux rapports post événements et aux activités de rétablissement.

Récapitulation du rôle de l'Agence

- L'Agence ne devrait pas être un organisme de première ligne, mais elle pourrait à la demande du CDGSU déclencher une intervention et fournir du support lorsque les autorités locales n'ont pas les ressources nécessaires ou que les ressources régionales ne pas suffisantes pour leur permettre de gérer l'événement sans aide externe.
- Le soutien fourni par l'Agence dans les situations urgentes ou dans les urgences déclarées pourrait impliquer le déploiement des effectifs sur le terrain afin d'aider les autorités locales à gérer la situation. L'aide peut aussi inclure des activités externes telle l'augmentation de la capacité de gestion parallèlement à l'augmentation du volume des échantillons ou la collaboration au diagnostic d'un agent pathogène inconnu.
- En cas de déploiement sur le terrain, le personnel de l'Agence devrait travailler en réseau au sein de la structure d'intervention locale afin de ne pas décentrer la chaîne de commandement et la structure instaurée.
- L'encadrement des responsabilités des organismes d'intervention de première ligne en gestion des urgences ne devrait pas relever de l'Agence. Les interventions diligentes qui seront requises des employés de l'Agence devront s'effectuer à l'intérieur d'une structure de SGI en collaboration avec les autres intervenants.

Chapitre 8

Mise en place progressive

Le GTMOA a discuté de la mise en place progressive des priorités sur une période de trois ans en tenant compte à la fois du plan de démarrage des opérations et du déroulement des activités. Les grandes lignes de ces priorités sont exposées dans un plan de mise en œuvre à être étudié par le MSSLD et l'Agence au cours des prochains mois. En tant que fournisseur de conseils le GTMOA ne peut pas se prononcer au sujet des délais et des priorités liées à chaque composante du plan. La responsabilité d'adopter un plan stratégique pour l'Agence devrait être assumée par le conseil d'administration fondateur et la ou le Chef de la direction générale, en collaboration avec les ministères concernés et selon les priorités émergentes sur le terrain à ce moment-là. Nous donnons toutefois notre avis au sujet de la feuille de route qu'il conviendrait de mettre au point et dans cette perspective nous suggérons les pistes qui suivent.

Les priorités de démarrage

Les priorités de démarrage de l'Agence devraient en premier lieu être considérées sous l'angle de l'effort de construction de l'Agence. Faute des structures et des processus organisationnels dont elle a besoin pour fonctionner, l'Agence ne pourra pas entamer ses opérations et réaliser son mandat. Bien que ces fonctions semblent principalement axées sur l'« interne », elles représentent les étapes cruciales que doit franchir toute nouvelle organisation et elles doivent être mises en place si l'on souhaite démarrer l'Agence sur des assises solides.

Lorsque l'Agence aura une personnalité juridique, les activités énumérées plus bas devront être entreprises au cours des deux premières années d'opération.

Le MSSLD jouera un rôle de premier plan puisqu'il aidera l'Agence à réaliser les fonctions suivantes :

- Le soutien durant le transfert et l'installation ;
- La mise sur pied des comités intraministériel et interministériel qui établiront les priorités du conseil d'administration ;
- L'examen et l'approbation du plan d'activités et du budget de l'Agence ;
- La planification et l'organisation à l'intérieur de la Division de la santé publique qui permettront d'établir les liens nécessaires et d'évaluer les projets en vue de dégager les volets qui pourraient être confiés à l'Agence ; et
- Établir les protocoles appropriés en matière de communication et de liaison.

Priorités à mettre en œuvre pour le démarrage de l'Agence	Première année		Deuxième année
	1-6 mois	6-12 mois	
Formation du conseil d'administration fondateur.			
Le conseil d'administration fondateur recrute, sélectionne et engage la ou le chef de la direction générale.			
Le conseil d'administration repère, sélectionne et recommande des nominations pour les postes à combler au conseil d'administration.			
Le conseil d'administration crée et approuve les règlements, les politiques, les lignes directrices, etc.			
Le conseil d'administration forme des comités permanents.			
Le MSSLD et le ministère de Promotion de la santé mettent sur pied des comités intra- et interministériels, dégagent les priorités et les activités clés pour une période de trois ans et les soumettent au conseil d'administration qui les étudie.			
Le comité de planification stratégique du conseil d'administration élabore le premier plan stratégique qui fera partie du plan d'activités à être adopté par le conseil d'administration.			
Le comité de la vérification et le conseil d'administration établissent le budget qui doit accompagner le plan d'activités.			
Le conseil d'administration soumet le plan d'activités et le budget proposé au ministre.			
Le conseil d'administration termine les états financiers vérifiés et les soumet au ministre. Le conseil d'administration soumet le rapport annuel au ministre pour dépôt à l'assemblée législative.			

Tableau 12. Jalonnement des priorités recommandées dans le cadre du démarrage de l'Agence

Les premières activités

Les discussions du GTMOA au sujet des zones prioritaires potentielles pour les trois premières années de fonctionnement de l'Agence ont porté sur les nombreuses activités d'ordre général qu'il faudrait entreprendre dans divers domaines. Nous sommes très conscients du fait que dès le lancement de l'Agence certaines activités techniques devront être instaurées et adaptées aux exigences et aux attentes des ministères, des bureaux de santé publique et du secteur élargi des services de santé.

Par exemple, nous avons constaté qu'il fallait agir rapidement pour renforcer la surveillance des organismes résistants aux antibiotiques dans les services de santé et dans les environnements communautaires, mais nous ne pouvons prédire l'endroit où les nouvelles souches apparaîtront et quel type d'aide ou d'orientation pourrait être requis.

Nous croyons aussi que le paysage de la santé publique et des soins de santé changera lorsque l'Agence sera entièrement établie et fonctionnelle. Les services de santé ne sont jamais statiques, et cela est sans doute encore plus vrai aujourd'hui que par le passé. Il est évident que l'Agence recevra des demandes qui résulteront de ces changements et qu'elle devra s'y adapter au fur et à mesure de l'évolution du contexte. Ainsi, nous sommes certains que des priorités supplémentaires seront confiées à l'Agence en lien à des besoins exprimés par le MSSLD, par le ministère de la Promotion de la santé ou par le terrain ou émanant d'initiatives telles l'établissement des RLISS, le rapport du Comité d'examen de la capacité d'intervention, la mise à jour ou le remplacement des lignes directrices en matière de programmes et services de santé obligatoires en santé publique et les problèmes et besoins identifiés par l'intermédiaire du nouvellement créé Réseaux régionaux de contrôle des infections. Toutes ces activités sont en cours ou en voie de planification et elles ont toutes un effet direct sur des questions que l'Agence devra probablement traiter.

Critères

En tenant compte de la variabilité des contextes, le GTMOA recommande l'adoption d'un ensemble de critères de base qui serviront à définir les premières zones d'activité selon les données émanant des ministères et selon les besoins identifiés par les intervenants du terrain.

Lacunes observées

Le niveau d'adaptation d'une initiative à un besoin spécifié par les ministères concernés ou par suite d'une entente avec le terrain. Ainsi, nous avons noté d'importantes lacunes sur le plan de l'accroissement de

a surveillance en santé publique et des produits de la urveillance en général à la fois sur le terrain que dans lusieurs ordres de gouvernement.

Niveau de risque

Comme dans le cas de tous les processus de riorisation, le GTMOA suggère de tenir compte du iveau de risque que les différentes initiatives devront érer. Ainsi, les priorités liées à des menaces sanitaires existantes ou anticipées devraient être considérées comme des priorités fondamentales. Par exemple, dans un contexte d'inquiétude croissante du public elativement à l'apparition possible d'une épidémie de grippe, toute initiative qui contribuerait à soutenir et à enforcer la réponse de l'Ontario à une potentielle éclosion devrait être considérée comme une priorité de premier plan.

Adéquation au mandat de l'Agence

Les initiatives proposées doivent s'harmoniser au mandat de l'Agence et, de ce point de vue, il conviendrait que toutes les personnes concernées soient vigilantes dans le sens d'assurer le respect de ce qu'est et de ce que n'est pas le mandat de l'Agence. Cela exigera discipline et focalisation de la part de tous les intervenants. Pour la bonne marche de l'Agence, il est important de ne pas exiger qu'elle donne tout à tous.

Pertinence

Les initiatives proposées devraient être examinées en vue d'évaluer si les projets ou tâches prioritaires qui sont examinés sont du ressort d'une agence provinciale. Avec le temps, il faudra établir un délicat équilibre entre la réactivité aux besoins identifiés et le risque potentiel d'excès de confiance. Ce type de projection peut paraître lointain, mais il n'en demeure pas moins que c'est un risque auquel ont dû faire face de nombreux organismes du même type. Des bureaux de santé publique solides, des programmes bien articulés de contrôle des infections dans tous les établissements et une coordination améliorée sont des besoins qui existent et continueront d'exister et l'Agence ne comblera pas tous ces besoins. En ce sens, il importerait d'établir avec clarté ce que l'on attend de chaque bureau de santé publique et de chaque Réseau régional de contrôle des infections avant de déterminer s'il est approprié de faire appel à des ressources centrales.

Les initiatives suivantes pourraient être considérées comme prioritaires :

Épidémiologie et Surveillance

- La synthèse, l'analyse et la diffusion des données épidémiologiques existantes en incluant le développement d'une version plus complète du PHERO (*Public Health and Epidemiology Report Ontario*)[1], ainsi que la fréquence statistique et les tendances géographiques lorsque les données le permettent.
- L'accès à des données pertinentes en surveillance environnementale du ministère de l'Environnement sur les critères concernant les polluants et la qualité de l'air et de l'eau. Au cours de la deuxième ou de la troisième année, ces données devraient être analysées en profondeur afin de mieux comprendre leurs effets sanitaires et lorsque cela est possible, leurs conséquences sur la santé.
- Au cours de la troisième année, l'établissement d'un rapport sur la santé des Ontariennes et des Ontariens devrait être prioritaire. Le rapport devrait traiter de sujets telles les maladies infectieuses, certaines maladies non transmissibles, les analyses de santé environnementale et les études basées sur les populations avec une concentration sur les populations périnatales et pédiatriques et sur d'autres groupes. Élaboré à partir des données issues de plusieurs sources et sur la base d'indicateurs et de résultats sanitaires, ce rapport devrait servir à détecter les faiblesses dans la surveillance et dans les données et à évaluer la qualité de ces dernières.

De plus, les activités de surveillance devraient être centrées sur les lacunes identifiées et sur les besoins dont l'existence est connue en Ontario, notamment :

- Les interventions axées sur plusieurs maladies infectieuses qui : a) ne sont pas à déclaration obligatoire, b) dont l'impact est croissant et c) pour lesquelles la surveillance existante est restreinte. Cela inclut le Clostridium difficile, les souches de staphylocoque aureus résistant à la méthicilline (SARM), les entérocoques résistants à la vancomycine et des infections nosocomiales ;
- L'amélioration, en partenariat avec d'autres intervenants, du Système de surveillance rapide des facteurs de risque afin d'approfondir et d'étendre la portée de cet important ensemble de données aux facteurs de risques en matière de maladies chroniques;
- L'amélioration de la sensibilisation aux activités de surveillance en santé animale que réalisent plusieurs établissements, par exemple le Centre Canadien

Priorities	Première année	Deuxième année	Troisième année
Épidémiologie et surveillance			
Renforcer l'analyse et la diffusion des données épidémiologiques existantes et produire un bulletin régulièrement enrichi et mis à jour à l'intention du terrain (en remplacement du PHERO).			
Rehausser l'accès aux données pertinentes en surveillance environnementale et en matière de critères liés aux polluants et à la santé environnementale, et lorsque cela est possible, appuyer des liens vers d'autres ensembles de données.			
Améliorer et accroître les initiatives provinciales de surveillance des facteurs de risque liés aux maladies chroniques en commençant par le Système rapide de surveillance des facteurs de risque.			
Entreprendre le travail de soutien à l'élaboration d'indicateurs pour les Lignes directrices touchant les programmes et services obligatoires de santé.			
Entreprendre la réalisation d'un rapport exhaustif sur la santé en Ontario.			
Mettre au point une surveillance continue et ciblée de certaines infections nosocomiales et d'organismes résistants aux antibiotiques (ceux dont la déclaration n'est pas obligatoire).			
Rehausser la coordination de la surveillance des opérations de laboratoire en établissant en premier lieu des liens officiels avec le Laboratoire d'hygiène vétérinaire, le Collège vétérinaire de l'Ontario de l'Université de Guelph et le ministère de l'Environnement.			
Entreprendre l'évaluation des nouvelles méthodes non traditionnelles de surveillance (p. ex., la surveillance syndromique et les données pharmaceutiques en vue de leur éventuelle adoption).			
Soutien dans les situations d'urgences et dans les urgences déclarées			
Entreprendre l'évaluation des scénarios possibles concernant la capacité existante de modélisation des éclosions en vue d'adopter une approche en cette matière.			
Établir en collaboration avec le MSSLD des protocoles et des processus de redéploiement axés sur la fourniture de soutien au terrain.			
Offrir lorsque cela est nécessaire du soutien technique et scientifique en matière de risques urgents.			
Mettre au point et tester les protocoles de collaboration avec le MSSLD			
Recherche et échange des connaissances			
Établir les premières affiliations en matière de recherche autour de partenariats axés sur des domaines clés.			
Établir des ententes d'échange de données essentielles avec le MSSLD, les ministères partenaires et les agences.			
Entreprendre avec le MSSLD la conception du réseau proposé de santé publique en recherche et en partage de connaissances.			
Publier un programme de recherche et d'échange de connaissances en santé publique pour toute la province.			
Établir une présence sur le terrain en vue d'appuyer la recherche, l'échange de connaissances et le perfectionnement professionnel.			
Entreprendre des activités ciblées en vue de soutenir les programmes de recherche et d'échange de connaissances (p. ex., formation en méthodologie de la recherche, analyse des lacunes dans les projets courants, établissement régulier des priorités et séances de consultation).			
Établir une supervision directe du programme REDSP.			
Développer et diffuser des ressources et des outils visant à soutenir la mise en oeuvre de programmes actualisés en matière de programmes obligatoires.			
Perfectionnement professionnel			
Mettre au point une liste courante d'occasions de formations axées sur des domaines essentiels.			
Concevoir et livrer des présentations virtuelles et des outils de soutien axés sur les bonnes pratiques dans un éventail de domaines de spécialisation.			
Fournir à tous les établissements de soins de santé des outils et des produits de formation axés sur les compétences en matière de contrôle des infections.			
Instaurer un programme de stage et d'échange sur le terrain			
Technologies de l'information et services de			
Évaluer et répondre aux besoins de l'Agence en matière d'information et de technologies de l'information ainsi qu'en matière de données et de services de bibliothèque.			

Tableau 13. Premières initiatives suggérées que l'Agence pourrait entreprendre

Coopératif de la Santé de la Faune, le Collège vétérinaire de l'Ontario de l'Université de Guelph et le système élargi de surveillance sanitaire, et le renforcement des liens entre ces activités.

Aide à la gestion des situations d'urgence

Dès la fin de la première année et au cours de la deuxième et troisième année, le GTMOA recommande que la priorité soit accordée aux questions et aux activités suivantes :

- L'établissement de protocoles et d'ententes de redéploiement et de communication avec le médecin hygiéniste en chef et le MSSLD ;
- L'établissement de relations de travail efficaces avec les organismes existants, et en particulier avec l'Unité de gestion des situations d'urgence ;
- Le développement de la structure interne de SGI de l'Agence ;
- L'évaluation de la capacité disponible de modélisation des éclosions ; et
- Le développement et le renforcement de liens avec le terrain par le moyen de partenariats et de liens avec d'autres acteurs du milieu.

Recherche et échange de connaissances

Pour réaliser son mandat de recherche, le GTMOA recommande qu'à la fin de la première et de la deuxième année l'Agence travaille à :

- Établir les premières ententes de partenariat et d'affiliation avec le milieu de l'enseignement et autres milieux (collèges, universités, centres universitaires de sciences de la santé) ;
- Développer en collaboration avec le MSSLD un réseau régional de soutien à la recherche et à l'échange de connaissances axé sur la santé publique ;
- Mettre sur pied un programme de recherche d'une durée de trois à cinq ans portant sur la pratique et les politiques en matière de santé publique en Ontario et axé sur l'échange de connaissances et la recherche en santé publique pour toute la province. Ce programme devrait fonctionner sur la base d'un processus collaboratif et consultatif et il devrait inclure des orientations stratégiques et des priorités d'action ;
- Entreprendre un processus visant à établir la présence de l'Agence sur le terrain en appui à la recherche, à l'échange de connaissances et au perfectionnement professionnel ;
- Établir une supervision directe du programme REDSP ; et
- Mettre au point et diffuser des documents portant sur les meilleures pratiques fondées sur les preuves et incluant des directives et des ententes centrées sur les domaines de spécialité de l'Agence et sur les besoins identifiés. Les sujets traités pourraient inclure :
  - Les maladies infectieuses (en misant sur les réalisations du CCPMI;
  - L'évaluation des risques environnementaux et des interventions qui y sont liées;
  - Les modèles de pratiques exemplaires en matière d'intervention axées sur la promotion de la santé et sur les zones qui comportent des besoins;
  - Les modèles d'intervention et de recherche portant sur les facteurs multiples de risques.

Perfectionnement professionnel

En matière de perfectionnement professionnel, l'Agence devrait songer à prioriser dès sa première année et à mettre en œuvre durant la deuxième et la troisième année le développement d'ateliers, d'instituts d'été, de formations et de ressources Web et autres initiatives de formation professionnelle continue en partenariat avec des collèges, des universités, des centres universitaires, les bureaux de santé publique, et avec le Centre national de collaboration de la mise au point de méthodes et d'outils en santé publique dans des domaines généraux et spécifiques (p. ex. des sessions sur la promotion de la santé) et autres thèmes clés tels :

- Les méthodes de recherche et les obstacles à l'utilisation des données ;
- Les compétences essentielles ;
- Une revue systématique des publications ;
- Le marketing social ; et
- Les mises à jour concernant les problèmes émergents.

Outre les activités officielles en face-à-face, il est fortement recommandé d'établir des partenariats afin d'appuyer d'autres modes de perfectionnement professionnel tels le Portail de la santé publique de l'Ontario, le réseau élargi de télémédecine, la formation virtuelle et à distance et le partage des informations.

Technologies de l'information et bibliothèque

Il serait utile d'établir à l'Agence un service de bibliothèque qui offrirait à ses multiples usagers potentiels un accès rehaussé aux informations, aux

outils et aux ressources disponibles. Cela pourrait se faire par l'intermédiaire de technologies de l'information axées sur les besoins de la bibliothèque et conçues pour faciliter l'échange de données et offrir aux usagers l'accès à distance aux services et aux ressources de la bibliothèque.

Il conviendra d'installer de nouveaux supports en matière de technologie de l'information dans de nombreux secteurs du travail de l'Agence (notamment la modernisation des services de laboratoire) afin de lui permettre d'exécuter son mandat. Le GTMOA estime toutefois qu'il est essentiel que pour certains domaines d'activités, l'Agence mise sur les ressources existantes en matière d'infrastructure technologique de la province et optimise leur utilisation.

En matière de santé publique il est important que l'Agence relie son travail à celui que réalise le Public Health e-Health Council car cela permettrait de créer des synergies actives dans le cadre de la planification globale du système et minimiserait les risques de dédoublement des fonctions. Bien que nous ne concevions pas l'Agence comme un fournisseur de solutions de TI au système général de santé publique, elle pourrait évidement jouer un rôle de partenaire de soutien dans initiatives futures. En tant qu'utilisateur potentiel de données et informations et à titre de développeur potentiel de contenus orientés à optimiser l'utilisation des systèmes existants, l'Agence devrait relier ses actions à l'effort commun des autres intervenants.

Nous nous permettons d'insister encore sur la nécessité d'optimiser l'utilisation des fonds déjà investis dans : la capacité de stockage des données par l'intermédiaire de Systèmes intelligents pour la santé, la gestion de l'information par le canal du MSSLD, la capacité de diffusion des informations par le moyen du Portail de la santé publique de l'Ontario et autres mécanismes similaires. Nous engageons le MSSLD et l'Agence à tirer pleinement parti de toutes les possibilités qui s'offrent à eux d'utiliser ces fonds.

Dans les domaines où l'Agence pourrait avoir besoin d'outils spécialisés (notamment dans le secteur des éclosions et de la modélisation des événements), nous suggérons qu'elle effectue ses démarches par le moyen d'une approche de collaboration et de synergie (avec les ministères et avec le terrain) plutôt que de façon isolée et en appliquant des solutions autonomes.

Financement

Dans le rapport final du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses, le Dr David Walker avait recommandé un budget de fonctionnement de 45 millions de dollars[2] en sus des dépenses de base liées aux opérations de laboratoire. Dr Walker avait aussi recommandé une allocation en capital de 35 millions de dollars et une allocation de 3.5 millions de dollars en coûts de conception et de développement.

Nous avons étudié plusieurs organismes similaires aux mandats comparables dans plusieurs administrations gouvernementales. Dans la pratique, les budgets de ces organisations varient de façon assez marquée à cause de plusieurs facteurs :

- Le niveau de livraison de services directs ou la non-livraison de ces services ;
- Le niveau du rôle de financement direct ou l'absence de financement direct à des organismes locaux de santé ou à des agences dans l'objectif de réaliser des programmes ; et
- La durée d'existence : une croissance généralement progressive axée sur les demandes de traiter un domaine de travail nouveau ou émergent. Cela est notamment vrai des sommes importantes qui ont été injectées dans le système par les administrations nationales du Royaume-Uni et des États-Unis pour renforcer le niveau de préparation aux menaces bioterroristes.

Le GTMOA a étudié les budgets de l'INSPQ et du BCCDC et en a adapté les données à la taille de la population ontarienne et nous souscrivons à la proposition globale du Dr Walker en cette matière. Du point de vue budgétaire, le rôle, le mandat et la structure des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis ne s'appliquent que de façon limitée au contexte ontarien même si l'on adapte les chiffres à la population de la province. Le soutien financier direct des CDC à différents projets a déjà une cinquantaine d'années et le rôle parfois compensateur que jouent les CDC dans les zones de faible niveau de santé publique aux États-Unis limite leur utilité en tant que comparateur des variables en matière de populations.

De nombreuses variables qui sont hors du mandat du GTMOA rendent encore plus complexe la définition des options de financement. Il faut avant tout noter que les coûts liés aux recommandations ne seront connus qu'à la fin de l'examen des Laboratoires de santé publique de

l'Ontario. La décision d'effectuer la transition des Laboratoires de santé publique de l'Ontario et le moment choisi auront aussi d'importantes répercussions sur le budget total.

La mise en place progressive du financement de l'Agence dépendra avant tout de sa création en tant qu'entité juridique. Le GTMOA ne peut prendre de décisions en cette matière, et c'est un aspect qui aura un effet important sur les niveaux et sur le type de financement dont l'Agence aura besoin au cours de ses trois premières années. Le GTMOA ne peut non plus agir sur les deux variables importantes que représentent la nomination et l'engagement en temps opportun d'un conseil d'administration complet et d'une ou d'un chef de la direction générale.

Dans la première partie de son rapport, le GTMOA proposait d'examiner les projets existants, notamment le Réseau des centres ontariens de ressources en promotion de la santé. Ces examens permettraient de déterminer les fonctions des organismes de promotion de la santé financés par la province et qui pourraient être imparties à l'Agence.

En tenant compte de ces importantes variables, nous recommandons une allocation conséquente avec la fourchette suggérée par le Dr Walker tout en soulignant les éléments suivants :

- Les coûts du transfert et de la modernisation des laboratoires de santé publique de l'Ontario devraient être considérés comme des coûts indépendants de l'éventuelle allocation de base qui serait octroyée à l'Agence.
- Les parties de certains projets qui s'alignent le plus sur le mandat de l'Agence devraient être examinées en vue de leur transfert subséquent au nouvel organisme. Le financement destiné aux outils et aux méthodes en santé publique et alloué par l'ASPC aux Centres nationaux de collaboration devrait être transféré à l'Agence d'ici 2007-2008.
- Il faudrait permettre et même encourager l'Agence à rechercher des ressources financières provenant de tiers, particulièrement dans le domaine de la recherche, afin de compléter son allocation de base sans nuire à son financement de base.

L'approche que nous proposons implique la mise au point d'un plan stratégique et d'un plan d'activités énonçant clairement les engagements précis du MSSLD, des ministères partenaires et de la nouvelle Agence en matière au sujet des éléments livrables du projet. Ce processus et les dispositions proposées en matière de reddition de compte nous apparaissent comme étant la façon la plus logique d'établir les sous-allocations particulières à partir d'une enveloppe budgétaire globale.

Conclusion

En terminant, nous remercions tous ceux et celles qui nous ont fourni conseils, soutien et orientation durant notre travail. Leur aide a été précieuse.

La création d'une nouvelle agence est une entreprise de grande envergure et il faudra prendre le temps nécessaire pour la mener à bien. Comme ceux et celles qui nous ont précédés, nous devrons apprendre en chemin, car il est impossible de connaître à l'avance toutes les réponses. En tenant compte des événements liés à la crise du SRAS et des dangers potentiels des années à venir, nous ne doutons pas un instant que la création de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé soit la bonne voie. Cela dit, il est important que l'Agence soit une entreprise collective qui se développe et se redéfinit au fil de son évolution et de sa mise en oeuvre.

Nous devons forger un nouveau partenariat entre les ministères, les fournisseurs de services de santé et les chercheurs autour du but commun qui consiste à nous équiper des meilleurs outils, ressources et produits du savoir afin de protéger et de promouvoir la santé des Ontariennes et des Ontariens. Pour atteindre notre but, nous devrons mobiliser des compétences et des connaissances qui sont parfois enfouies sous des structures trop souvent isolées et dissociées les unes des autres.

Nous sommes fiers d'avoir pu contribuer à ce projet aux dimensions historiques et nous espérons que notre travail contribuera à aider l'Ontario à relever les défis de l'avenir. Nous souhaitons de tout cœur que dans quelques années les Ontariennes et les Ontariens puissent être à juste titre fiers de leur Agence et qu'ils puissent constater que la province a entièrement appris les leçons du SRAS et qu'elle a agi en conséquence.

Annexe 1

Mandat du Groupe de travail pour la mise en œuvre de l'Agence

Contexte

Tel que spécifié dans le rapport « Opération protection de la santé : un plan d'action visant à prévenir les menaces d'ordre sanitaire et à promouvoir la santé en Ontario », le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) s'est engagé à établir l'Agence de Protection et de Promotion de la santé en Ontario (l'Agence) en 2006-2007. Un groupe de mise en œuvre de l'Agence sera formé et sa mission sera de fournir des conseils au ministère de la Santé et des Soins de longue durée en matière de conception, le développement et de mise en œuvre de l'Agence.

But

Le Groupe de travail pour la mise en œuvre de l'Agence (GTMOA) conseillera le MSSLD au sujet de l'opérationnalisation de l'Agence. Les conseils du GTMOA seront axés sur un certain nombre de domaines notamment sur la validation des activités principales, les activités liées à l'organisation et au fonctionnement, l'élaboration d'un plan de mise en œuvre, les relations avec d'autres organismes du secteur de la santé publique et les exigences budgétaires en matière d'investissement et d'opérations.

Fonctions

Fonctions du Groupe de travail pour la mise en œuvre de l'Agence :

- Valider le mandat de l'Agence et de ses domaines d'activité principaux, sa structure, gouvernance et la surveillance de ses activités.
- Émettre des recommandations concernant les responsabilités opérationnelles de l'Agence dans le cadre de la santé publique et délimiter le rôle et les responsabilités de l'Agence par rapport à ceux du MSSLD, du milieu universitaire, du secteur général de la santé, et de l'Agence de santé publique du Canada et ses centres de collaboration, etc.
- Recommander pour l'Agence un plan triennal et intégral de mise en œuvre en y détaillant notamment l'infrastructure, les exigences financières, les ressources humaines, la transition et les ententes.

Pour étayer ses recommandations, le Groupe de mise en œuvre pourrait s'il l'estimait nécessaire établir des sous-comités ou entreprendre des consultations auprès des fournisseurs des soins de santé de l'Ontario ou d'autres intervenants

Les membres

Le Médecin hygiéniste en chef nommera les coprésidents et les membres du groupe de travail.

Les coprésidents doivent être des professionnels dotés d'une expertise reconnue en santé publique et ils doivent être expérimentés en fourniture de conseils stratégiques. Les membres comprendront des spécialistes de la province et de tout le pays qui représenteront les domaines proposés d'activités (notamment la recherche, le laboratoire, les maladies infectieuses, la promotion de la santé, les maladies chroniques, la prévention des blessures, etc.). Le Groupe devra en outre compter sur un expert en finances.

Responsabilité et reddition de comptes

Par l'intermédiaire des coprésidents, le Groupe de travail sur la mise en oeuvre de l'Agence rendra des comptes au Médecin hygiéniste en chef et sous-ministre adjoint de la Division de la Santé publique. Un comité ad hoc intraministériel sera formé pour effectuer la liaison avec ce comité.

Soutien en matière de ressources humaines

Le Groupe de travail pour la mise en oeuvre de l'Agence sera appuyé par le personnel de la Direction de la planification stratégique et de la mise en œuvre de la Division de la Santé publique du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Durée des mandats

Les membres du Groupe de travail seront nommés pour des mandats d'un an. La durée des mandats pourrait être prolongée suivant les besoins du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Calendrier d'exécution

Compte tenu de l'engagement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée d'établir l'Agence en 2006, le Groupe de travail aura un an pour réaliser son mandat.

Le Groupe de travail pour la mise en oeuvre de l'Agence présentera des recommandations provisoires au ministre de la Santé et des Soins de longue durée durant l'été 2005. Le rapport final sera présenté en automne 2005.

Annexe 2

Mandat du Groupe de référence

Contexte

En juin 2004, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) a publié un rapport intitulé « *Opération protection de la santé : un plan d'action visant à prévenir les menaces d'ordre sanitaire et à promouvoir la santé en Ontario* ». Ce plan d'action confirme l'engagement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de mettre en œuvre les recommandations du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario. Il sera établi sur les éléments suivants :

- CLa création de l'Agence de Protection et de Promotion de la Santé de l'Ontario.
- Le renouvellement du système de santé publique.
- La gestion des situations d'urgence.
- La capacité de contrôle des infections et des maladies transmissibles.
- Les ressources humaines.
- L'infrastructure de préparation du système de santé

Un Groupe de travail pour la mise en oeuvre de l'Agence (GTMOA) a été formé avec la mission de fournir des conseils au MSSLD par l'intermédiaire du Médecin hygiéniste en chef et de fournir des conseils au ministère de la Santé et des Soins de longue durée en matière de conception, développement et mise en œuvre de l'Agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario.

Responsabilités du GTMOA :

- Valider le mandat de l'Agence et ses domaines d'activité principaux, sa structure, sa gouvernance et la surveillance de ces activités.
- Émettre des recommandations concernant les responsabilités opérationnelles de l'Agence dans le cadre de la santé publique et délimiter le rôle et les fonctions de l'Agence par rapport à ceux du MSSLD, du milieu universitaire, du secteur général de la santé, et l'Agence de santé publique du Canada et ses centres de collaboration, etc.
- Recommander pour l'Agence un plan de mise en œuvre intégral sur trois ans en y détaillant notamment l'infrastructure, les exigences financières, les ressources humaines, la transition et les ententes.

Les coprésidents du GTMOA sont les Drs Terry Sullivan et Geoff Dunkley.

Le GTMOA met actuellement sur pied un Groupe de référence (GR) dont la mission sera de l'appuyer dans la réalisation de son mandat.

Objectifs :

Le GR axera son travail sur les trois objectifs suivants :

- POffrir aux praticiens et aux praticiennes et à leurs associations des mises à jour sur les activités du GTMOA.
- Offrir aux praticiens et aux praticiennes et à leurs associations des occasions d'échanger des connaissances et des expertises en matière de santé publique et autres questions qui pourraient découler du travail du GTMOA.
- Fournir de la rétroaction au GTMOA sur des questions particulières liées au développement de l'Agence de protection et de promotion de la santé publique de l'Ontario.

Les coprésidents du Groupe de référence seront les Drs Terry Sullivan et Geoff Dunkley.

Paramètres de fonctionnement du GR

1. Le GR aura un mandat d'une durée limitée qui se terminera le 31 décembre 2005, à moins que le GTMOA et le MSSLD n'en décident autrement.

2. Dans la mesure du possible, le GR prendra ses décisions sur le mode consensuel.

3. Les frais de déplacement des membres du GR leur seront remboursés conformément aux directives du Conseil d'administration.

4. Les délibérations du GR devraient se dérouler dans un cadre au sein duquel tous les membres, y compris les coprésidents, peuvent s'exprimer librement et où la confidentialité de toutes les discussions et les documents utilisés ou produits par les participants est garantie. Le contenu des

délibérations du GR ne doit pas être divulgué à l'extérieur des réunions du GR. Les comptes-rendus des délibérations du GR seront préparés par le président du GTMOA sans aucune attribution personnalisée des contenus des discussions. Les membres du GR sont tenus de respecter les exigences liées à la confidentialité à moins que la divulgation d'informations ne soit exigée par la loi. Si un membre du GR croit être tenu de divulguer des contenus en vertu de la loi, il ou elle devra préalablement en notifier le président.

5. La participation aux délibérations du GR ne devrait pas limiter la capacité d'autres organismes de faire valoir leurs points de vue relativement aux processus en cours.

6. Tous les documents produits par le GR appartiendront à Sa Majesté la Reine du chef de l'Ontario.

Soutien au Groupe de référence

1. Le GR sera appuyé par la Direction de la planification stratégique et de la mise en œuvre de la Division de la Santé publique du MSSLD.

Réunions

1. Le GR tiendra au moins deux réunions.

Annexe 3

Mandat du sous-comité de la recherche et du transfert des connaissances

Contexte

En juin 2004, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) a publié un rapport intitulé « *Opération protection de la santé : un plan d'action visant à prévenir les menaces d'ordre sanitaire et à promouvoir la santé en Ontario* ». Ce plan d'action confirme l'engagement du ministère de la santé et des Soins de longue durée de mettre en œuvre les recommandations du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario. Il sera établi autour des orientations stratégiques suivantes :

- La création de l'Agence de Protection et de Promotion de la Santé de l'Ontario.
- Le renouvellement du système de santé publique.
- La gestion des situations d'urgence.
- La capacité de contrôle des infections et des maladies transmissibles.
- Les ressources humaines.
- L'infrastructure de préparation du système de santé.

Le transfert des connaissances et la recherche ont été identifiés comme étant les priorités sur lesquelles devraient se fonder la création de L'Agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario et le renouvellement du système des bureaux de santé publique.

1. Agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario

Un Groupe de travail pour la mise en oeuvre de l'Agence (GTMOA) a été formé avec la mission de fournir des conseils au MSSLD par l'intermédiaire du Médecin hygiéniste en chef pour fournir des conseils au ministère de la Santé et des Soins de longue durée concernant la conception, le développement et la mise en œuvre de l'Agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario.

Fonctions du GTMOA :

- Valider le mandat de l'Agence et ses domaines d'activité principaux, sa structure, sa gouvernance et la surveillance de ces activités.
- Émettre des recommandations concernant les responsabilités opérationnelles de l'Agence dans le cadre de la santé publique et délimiter le rôle et les responsabilités de l'Agence par rapport à ceux du MSSLD, du milieu universitaire, du secteur général de la santé, et l'Agence de santé publique du Canada et ces centres de collaboration, etc.
- Recommander pour l'Agence un plan de mise en œuvre intégral sur trois ans en y détaillant notamment l'infrastructure, les exigences financières, les ressources humaines, la transition et les ententes.

Les coprésidents du GTMOA sont les Drs Terry Sullivan et Geoff Duhkley.

La recherche et le transfert des connaissances font partie des fonctions essentielles de l'Agence. *Opération Protection de la santé* a souligné le fait que ces fonctions devraient être réalisées par le moyen de la création et du renforcement des partenariats avec les milieux de la recherche, les universités et les établissements de soins de santé dans l'objectif de soutenir la production de politiques et de pratiques fondées sur les preuves en matière de santé publique.

2. Renouvellement du système de santé publique

L'un des objectifs essentiels du renouvellement du système de santé publique est d'examiner l'organisation et la capacité des bureaux de santé publique et du Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP). Cet examen devrait étayer le développement de stratégies à long terme orientées à rehausser la capacité de planification et à mettre en œuvre des programmes et des services en santé publique axés sur l'excellence et répondant efficacement aux besoins des Ontariennes et des Ontariens. Cet examen est appuyé par le Comité d'examen de la capacité d'intervention.

Le Comité d'examen de la capacité d'intervention fournit des conseils portant sur l'amélioration des fonctions et de la configuration du système des bureaux locaux de santé publique au médecin hygiéniste en chef et par son intermédiaire au MSSLD. Les conseils doivent être axés sur les éléments suivants :

- Les capacités de base (p. ex. l'infrastructure, le personnel, etc.) requises localement pour répondre aux besoins particuliers des collectivités en tenant compte de la géographie, de l'état de santé, des besoins en matière de santé, des facteurs culturels et des déterminants de la santé, et fournir des services de santé publique efficaces, notamment des services spécifiques tels la recherche appliquée et le transfert des connaissances;
- Le recrutement, la conservation du personnel, la formation et le perfectionnement professionnel des praticiennes et des praticiens de la santé publique dans les disciplines clés, notamment la médecine, le groupe Sciences infirmières, la dentisterie, les inspections, l'épidémiologie, les communications, la promotion de la santé, etc. ;
- L'identification de problèmes opérationnels et de gouvernance et des obstacles de nature systémique qui pourraient représenter un frein à la bonne livraison des programmes et des services de santé publique;
- La mise au point de mécanismes axés sur l'amélioration du rendement des systèmes de gestion et de la responsabilité sur le plan financier et programmatique;
- Le renforcement la conformité à la Loi sur la protection et la promotion de la santé et les règlements afférents et de l'observation des Lignes directrices en matière de programmes et de services obligatoires;
- La mise au point de modèles organisationnels pour les bureaux de santé publique axés sur l'optimisation de l'alignement sur la configuration et les fonctions du Réseau local d'intégration des services de santé, la réforme des soins primaires et les partenaires financiers municipaux;
- Les besoins en matière de ressources humaines et des coûts de fonctionnement et des coûts liés à la transition.

Dr Susan Tamblyn préside le Comité d'examen de la capacité d'intervention et M. Brian Hyndman en est le vice-président.

But

Le sous-comité de la recherche et du transfert des connaissances offrira son soutien au GTMOA et au Comité d'examen de la capacité d'intervention en partageant son expertise et en faisant des recommandations axées sur la production des éléments livrables suivants :

- L'évaluation des leçons tirées des modèles actuels et antérieurs en matière de recherche en santé publique et de transfert des connaissances en :
  - Ontario (p. ex. le Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP) et le Programme de formation pratique dans les bureaux de santé)
  - Dans d'autres administrations gouvernementales (p. ex. la Colombie-Brittanique, le Québec, etc.)
- Une évaluation des lacunes et l'analyse des besoins en matière de recherches et de transfert des connaissances en santé publique.
- Une analyse des autres ressources clés en matière de recherche et de transfert des connaissances pour les bureaux de santé publique, notamment les universités, les Instituts pour les sciences évaluatives cliniques, l'Institut canadien d'information sur la santé, les Unités d'enquête sur la santé et les membres du Réseau CORPS.
- La formulation de recommandations visant à forger une vision du mandat et de la structure du système de recherche et de transfert des connaissances en tenant compte des fonctions éventuelles de l'Agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario qui travaille à la mise en œuvre de programmes et de politiques plus efficaces et plus étroitement alignés sur les besoins en santé publique.

Le sous-comité de la recherche et du système de transfert des connaissances sera présidé par M. Brian Hyndman, vice-président du Comité d'examen de la capacité d'intervention et Mme Jennifer Zelmer, membre du GTMOA.

Paramètres de fonctionnement du sous-comité de la recherche et du transfert des connaissances

1. Le sous-comité de la recherche et du transfert des connaissances fera rapport au GTMOA et au Comité d'examen de la capacité d'intervention par l'intermédiaire de ses coprésidents.

2. Le sous-comité de la recherche et du transfert des connaissances aura un mandat d'une durée limitée qui se terminera le 31 décembre 2005, à moins que le GTMOA et le MSSLD n'en décident autrement.

3. Le sous-comité de la recherche et du transfert des connaissances fonctionnera autant que possible sur le mode consensuel.

4. Les frais de déplacement des membres sous-comité de la recherche et du transfert des connaissances leur seront remboursés conformément aux directives du conseil d'administration.

5. Tous les documents produits par le comité de la recherche et du transfert des connaissances appartiendront à Sa Majesté la Reine du chef de l'Ontario.

Soutien au sous-comité

Le sous-comité de la recherche et du transfert des connaissances sera appuyé par le personnel de la Direction de la planification stratégique et de la mise en œuvre de la Division de la Santé publique du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Réunions

Les réunions du sous-comité de la recherche et du transfert des connaissances seront convoquées par les coprésidents du sous-comité, M. Brian Hyndman et Mme Jennifer Zelmer.

Références Bibliographiques

Sommaire

1. CANADA. Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. Naylor, D. Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada – Un rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. Ottawa (Ontario) : Santé Canada; 2003. [En ligne.] Récupéré le 4 janvier 2006 à http://www. phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor/index_f.html.

2. ONTARIO. Commission sur le SRAS. Campbell, A. Rapport provisoire – Le SRAS et la santé publique en Ontario. Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2004. [En ligne.] Récupéré le 22 août 2005 à http://www. health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/ campbell04f/campbell04f.html.

3. ONTARIO. Commission sur le SRAS. Campbell, A. Rapport provisoire : le SRAS et la santé publique en Ontario. Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2004. [En ligne.] Récupéré le 22 août 2005 à http://www.health. gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/campbell04f/ campbell04f.html.

4. Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario. Walker, D. Pour le bien de la santé publique : Un plan d'action – Rapport final du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario. Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2004. [Enligne.] Récupéré le 15 octobre 2005 à http://sww.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ ministry_reportsf/walker04f/exec_summaryf.pdf.

5. HAINES, R. J. Ferme à la fourchette – une stratégie intégrale pour la salubrité des viandes en Ontario : Rapport d'examen de la réglementation et de l'inspection des viandes. Toronto (Ontario) : ministère du Procureur général; 2004. [En ligne.] Récupéré le 11 octobre 2005 à http://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/ french/about/pubs/meatinspectionreport/.

6. ONTARIO. Rapport du comité sur l'éclosion de la maladie des légionnaires, Toronto, Walker D, Henry B, Young J. *Report card: progress in protecting the public's health* ; rapport du comité d'experts sur l'éclosion de la maladie des légionnaires à Toronto – septembre/octobre 2005. Toronto, Ont. : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2005. [En ligne]. Récupéré le 7 janvier 2006 de: http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reports f/walker_legionf/rep_introf.html (résumé seulement)

7. BASRUR SV. *Établir des assises solides pour la construction d'un système de santé publique robuste au bénéfice des Ontariennes et des Ontariens : Rapport annuel 2005 du médecin-hygiéniste en chef à l'intention de l'Assemblée législative de l'Ontario. Toronto, Ont.* : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2005. [En ligne.] Récupéré le 9 janvier, 2006 a : http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reports f/ph_ontariof/ph_ontario_011706f.pdf

8. ONTARIO. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Opération Protection de la santé : Plan d'action visant à prévenir les menaces d'ordre sanitaire et à promouvoir la santé en Ontario. Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2004. [En ligne.] Récupéré le 12 novembre, 2005 à: http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reports f/consumer_04f/oper_healthprotection04f.pdf

9. Groupe de travail sur la mise en oeuvre de l'Agence, ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ontario). Partir sur de nouvelles bases : Un plan pour établir en Ontario une agence de santé publique : Rapport du Groupe de travail sur la mise en oeuvre de l'Agence. Toronto, Ont. : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2005. [En ligne.] Récupéré le 14 janvier 2006 à: http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reports f/agency_05f/agency_05f.pdf

10. ONTARIO. Commission sur le SRAS. Campbell, A. Rapport provisoire – Le SRAS et la santé publique en Ontario. Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2004, p. 188. [En ligne.] Récupéré le 14 décembre, 2005 à: http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reports f/campbell04f/campbell04_4f.pdf Rapport final du Groupe de travail sur la mise en oeuvre de l'Agence R1

11. ONTARIO. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires. Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 1997. [En ligne.] Récupéré en anglais le 20 novembre, 2005 à: http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/pubhealth/manprog/mhp.pdf.

12. Loi sur la protection et la promotion de la santé. L.R.O. 1990, C. H.7. [En ligne.] Récupéré le 10 janvier, 2006 à: http://www.elaws.gov.on.ca/DBLaws/Statutes/French/90h07_f.htm

13. ONTARIO. Commission sur le SRAS. Campbell, A. Rapport provisoire – Le SRAS et la santé publique en Ontario. Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2004. [En ligne.] Récupéré le 17 janvier 2005 à: http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/campbell04f/campbell04_4f.pdf

14. ONTARIO. Commission sur le SRAS. Campbell, A. Deuxième rapport provisoire : Le SRAS et les lois applicables à la santé publique. Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2005. [En ligne.] Récupéré le 20 avril, 2005 à: http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/campbell05f/campbell05f.pdf (résumé seulement)

15. BASRUR SV. Établir des assises solides pour la construction d'un système de santé publique robuste au bénéfice des Ontariennes et des Ontariens : Rapport annuel 2005 du médecin-hygiéniste en chef à l'intention de l'Assemblée législative de l'Ontario. Toronto, Ont. : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2005, p. 21. [En ligne.] Récupéré le 9 janvier 2006 à: http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/ph_ontariof/ph_ontario_011706f.pdf

16. Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario. Walker, D. Pour le bien de la santé publique : Un plan d'action – Rapport final du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario. Toronto (Ontario) : secrétariat du Comité d'experts sur le SRAS, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2004. [En ligne.] Récupéré le 15 octobre, 2005 à: http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/walker04f/walker04_mnf.html

Chapitre 1: Ouvrir la voie

1. Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario. Walker, D. Pour le bien de la santé publique : Un plan d'action – Rapport final du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario. Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2004. [En ligne.] Récupéré le 15 octobre 2005 à http://sww.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/walker04f/exec_summaryf.pdf.

2. ONTARIO. Commission sur le SRAS. Campbell, A. Rapport provisoire – Le SRAS et la santé publique en Ontario. Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2004. [En ligne.] Récupéré le 17 janvier 2005 à http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/campbell04f/campbell04f.pdf.

3. ONTARJO. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Opération Protection de la santé : Plan d'action visant à prévenir les menaces d'ordre sanitaire et à promouvoir la santé en Ontario. Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2004. [En ligne.] Récupéré le 12 novembre, 2005 à: http://www.health.gov.on.ca/freneh/publicf/pubf/ministry_reportsf/consumer_04f/oper_healthprotection04f.pdf

4. ONTARIO. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Opération Protection de la santé : Plan d'action visant à prévenir les menaces d'ordre sanitaire et à promouvoir la santé en Ontario. Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2004. [En ligne.] Page 12. Récupéré le 12 novembre, 2005 à: http://www.health.gov.on.ca/freneh/publicf/pubf/ministry_reportsf/consumer_04f/oper_healthprotection04f.pdf

5. ONTARIO. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires. Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 1997. [En ligne.] Récupéré en anglais le 20 novembre, 2005 à : http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/pubhealth/manprog/mhp.pdf.

6. Règlement 851/2004 du Parlement européen et du Conseil européen, adopté le 21 avril 2004, établissant un Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Le Parlement européen et le Conseil de l'Union européenne. Journal officiel de l'Union européenne. I.142/1; 2004. [En ligne.] Récupéré en anglais le 3 janvier 2006 à l'adresse http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/LexUriServ.doœuri=CELEX:32004R0851:FR:HTML.

7. Centre for Health Protection. [En ligne.] http://www.chp.gov.hk/. En anglais.

8. National Public Health Institute. Finlande. (En ligne). Récupéré le 7 décembre 2005 à http://www.ktl.fi/portal/english/

9. National Health Surveillance Agency. (Brésil). [en ligne] Récupéré le 7 décembre 2005. En anglais.

10. BC Centre for Disease Control (BCCDC). *BC Centre for Disease Control – Page d'accueil.* The Provincial Health Services Authority. [En ligne]. Dernière mise à jour : 15 novembre 2005. Récupéré le 20 novembre 2005. En anglais.

11. Institut national de santé publique du Québec. INSPQ – Développer les connaissances et partager les informations. Gouvernement du Québec. [En ligne]. Dernière mise à jour le 19 juillet 2004. Récupéré le 20 novembre, 2006 à : http://www.inspq.qc.ca/ Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). [En ligne.] http://www.inspq.qc.ca.

12. US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. About CDC : Page d'accueil. [En ligne]. Mise à jour le 19 novembre 2005. Récupéré le 20 novembre 2005. En anglais.

13. Agence de Protection de la santé. About the Health Protection Agency. [En ligne]. Dernière mise à jour le 20 décembre 2005. Récupéré le 21 décembre 2005. En anglais.

14. ONTARIO. Santé publique. Page d'accueil. [En ligne.] Récupéré le 21 décembre 2005 à : https://www.publichealthontario.ca/portal/server.pt?space=CommunityPage&control=SetCommunity&PageID=0&CommunityID=209.

15. Institute for Clinical Evaluative Science (ICES). Page d'accueil. [En ligne]. Dernière mise à jour : 2006. Récupéré le 3 février 2006. En anglais.

16. Institut canadien d'information sur la santé. Page d'accueil (En ligne). Récupéré le 3 février 2006 à : http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=home_f

17. Statistiques Canada. Page d'accueil. (En ligne). Dernière mise à jour le 28 février 2006. Récupéré le 28 février 2006 à : http://www.statcan.ca/start_f.html

18. Institut de la santé publique et des populations (ISPP) Page d'accueil. [En ligne] Dernière mise à jour le 23 février, 2006. Récupéré le 25 février, 2006 à http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/13777.html

19. Cancer Care Ontario. Page d'accueil. (En ligne). Dernière mise à jour le 7 février 2006. Récupéré le 28 février 2006. En anglais.

Chapitre 2: Gouvernance et responsabilité

1. Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada. Examen du cadre de gouvernance des sociétés d'État du Canada – Répondre aux attentes des Canadiennes et des Canadiens. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada; 2005. [En ligne.] Récupéré le 8 janvier 2006 à http://www.tbs-sct.gc.ca/report/rev-exa/gfcc-cgse_f.asp.

2. Secrétariat des nominations. *Public appointments processing guide.* Toronto, Ont. : Gouvernement de l'Ontario; 2005.

3. Secrétariat du conseil de gestion. Directive sur l'établissement et l'obligation de rendre compte des organismes du gouvernement du Secrétariat du Conseil de gestion. Toronto (Ontario) : Direction des politiques générales, Gouvernement de l'Ontario; 2000.

4. Canadian Coalition for Good Governance. Corporate governance guidelines for building high performance boards. 2005. [En ligne.] Récupéré le 20 décembre 2005 à : http://www.ccgg.ca/web/ccgg.nsf/web/ccgg_guidelines_v1_january_2005/$FILE/CCGG_Guidelines_v1_January_2005.pdf. En anglais.

5. GRAHAM J, Amos B, Plumptre T. Principles for good governance in the 21st century. [Ottawa, Ont.]: Institute on Governance; 2003. [En ligne]. Récupéré le 4 janvier 2006. En anglais.

6. Board Resourcing and Development Office. *Appointment Guidelines Governing Boards and Other Public Sector Organizations.* Office of the Premier, Government of British Columbia; 2004. [En ligne]. Récupéré le 18 décembre 2005. En anglais.

7. Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario. Walker, D. Pour le bien de la santé publique : Un plan d'action – Rapport final du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario. Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2004. [En ligne.] Récupéré le 22 août 2005 à http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/walker04f/exec_summaryf.pdf.

8. CANADA. Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. Naylor, D. Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada – Un rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. Ottawa (Ontario) : Santé Canada; 2003. [En ligne.] Récupéré le 14 septembre 2005 à http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sarssras/naylor/index_f.html.

9. ONTARIO. Commission sur le SRAS. Campbell, A. Deuxième rapport provisoire – Le SRAS et les lois applicables à la santé publique. Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2004. [En ligne.] Récupéré le 18 octobre 2005 à http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reports f/campbell05f/campbell05f.html

10. ONTARIO. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Opération Protection de la santé : Plan d'action visant à prévenir les menaces d'ordre sanitaire et à promouvoir la santé en Ontario. Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2004. [En ligne.] Récupéré le 12 novembre, 2005 à: http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reports f/consumer_04f/oper_healthprotection04f.pdf

11. Loi sur les sociétés de développement, L.R.O. 1990, c. D 10. [En ligne.] Récupéré le 7 janvier 2006 à : http://www. e-laws.gov.on.ca/DBLaws/Statutes/French/90d10_f.htm.

Chapitre 3 : Coordination intraministérielle et interministérielle

1. ONTARIO. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires. Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 1997. [En ligne.] Récupéré en anglais le 20 novembre, 2005 à: http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/pubhealth/manprog/mhp.pdf.

2. HAINES, R. J. Ferme à la fourchette – une stratégie intégrale pour la salubrité des viandes en Ontario : Rapport d'examen de la réglementation et de l'inspection des viandes. Toronto (Ontario) : ministère du Procureur général; 2004. [En ligne.] Récupéré le 11 octobre 2005 à http://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/french/about/pubs/meatinspectionreport/.

Chapitre 4 : Démarche organisationnelle

1. CURRAN J. Keynote *Lecture: 25 Years of the HIV Pandemic: Lessons Learned*. Présenté à la 13e conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes. Denver, Colorado. Le 5 février 2006.

2. CHAMBERS LW, Ehrlich A, Picard L, Edwards P. T L'art et la science d'une prise de décisions basée sur des données. l'épidémiologie peut être utile! *Revue canadienne de santé publique* 2002;93 (supplément spécial) (1-8) [En ligne]. Récupéré le 16 décembre 2005 à : http://www.phac-aspc.gc.ca/csc-ccs/sehs-acss/recources_f.html (résumé seulement).

3. Groupe de travail sur le Réseau national de surveillance de la santé, Équipe de conception de l'intégration. Proposition visant à développer un Réseau de surveillance de la santé au Canada. Ottawa (Ontario) : Santé Canada; 1999. [En ligne.] Récupéré le 16 décembre 2005 à : http://www.phac-aspc.gc.ca/csc-ccs/pdf/Propos17.pdf. En anglais.

4. EDMUNDS, Margo. Risk communication strategies for public health preparedness. John Hopkins Center for Public Health Preparedness; 2005. [En ligne.] Récupéré le 12 janvier 2006 à http://www.jhsph.edu/preparedness/training/online/riskcomm.html.

5. Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario. Walker, D. Pour le bien de la santé publique : Un plan d'action – Rapport final du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario. Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2004. [En ligne.] Récupéré le 15 octobre 2005 à http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/walker04f/exec_summaryf.pdf.

6. ONTARIO. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Rapport sur le rendement du système de santé de l'Ontario. Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2004. [En ligne.]. Récupéré le 12 novembre 2005 à http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reports f/pirc_04f/pirc_04f.pdf.

7. ONTARIO. Rapport du comité sur l'éclosion de la maladie des légionnaires, Toronto, Walker D, Henry B, Young J. *Report card: progress in protecting the public's health* ; rapport du comité d'experts sur l'éclosion de la maladie des légionnaires à Toronto – septembre/octobre 2005. Toronto, Ont. : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2005. [En ligne]. Récupéré le 7 janvier 2006 de : http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reports f/walker_legionf/rep_introf.html (résumé seulement)

8. BASRUR SV. *Établir des assises solides pour la construction d'un système de santé publique robuste au bénéfice des Ontariennes et des Ontariens : Rapport annuel 2005 du médecin-hygiéniste en chef à l'intention de l'Assemblée législative de l'Ontario. Toronto, Ont.*: ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2005. [En ligne.] Récupéré le 9 janvier, 2006 à: http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reports f/ph_ontariof/ph_ontario_011706f.pdf

9. ONTARIO. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Rapport sur le rendement du système de santé de l'Ontario. Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2004. [En ligne.]. Récupéré le 14 décembre 2005 à http://www.health.gov.on.ca/ french/publicf/pubf/ministry_reportsf/pirc_04f/pirc_04f.pdf.

10. SMARTRISK. The economic burden of unintentional injury in Ontario. Toronto (Ontario) : SmartRisk; 2003, p. 30. [En ligne.] Récupéré le 25 août 2005. En anglais.

11. ONTARIO. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Opération Protection de la santé : Plan d'action visant à prévenir les menaces d'ordre sanitaire et à promouvoir la santé en Ontario. Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2004. [En ligne.] Récupéré le 12 novembre, 2005 à: http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reports f/consumer_04f/oper_healthprotection04f.pdf

12. Le Réseau des centres ontariens de ressources pour la promotion de la santé. Page d'accueil. [En ligne] Dernière mise à jour 2 novembre 2005. Récupéré le 15 novembre 2005 à : http://www.ohprs.ca/index_f.html

13. Groupe de travail de l'Association pour la santé publique de l'Ontario. Building environmental health capacity within public health. Toronto (Ontario) : Association pour la santé publique de l'Ontario; 2004. [En ligne.] Récupéré le 15 décembre 2005. En anglais.

14. ONTARIO. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires. Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 1997. [En ligne.] Récupéré en anglais le 20 novembre 2005. En anglais.

Chapitre 5 : Compétence législative

1. *Loi sur la protection et la promotion de la santé.* L.R.O. 1990, c.H.7. [En ligne]. Récupéré le 10 janvier 2006 à : http://www.e-laws.gov.on.ca/DBLaws/Statutes/French/90h07_f.htm

2. ONTARIO. Commission sur le SRAS. Campbell, A. Deuxième rapport provisoire : Le SRAS et les lois applicables à la santé publique. Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2005. [En ligne.] Récupéré le 20 avril, 2005 à: http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reports f/campbell05f/campbell05f.pdf (résumé seulement)

2. *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé,* Règlement. 2004, c. 3, Annexe. A. [En ligne]. Récupéré le 11 janvier 2006 à: http://www.e-laws.gov.on.ca/DBLaws/Statutes/French/04p03_f.htm

3. *Loi sur l'accès à l'information et sur la protection de la vie privée,* L.R.C. 1990, C. F.31. [En ligne] Récupéré le January 11, 2006 à : http://www.e-laws.gov.on.ca/DBLaws/Statutes/French/90f31_f.htm

Chapitre 6 : Laboratoires de santé publique de l'Ontario

1. BASRUR SV. *Établir des assises solides pour la construction d'un système de santé publique robuste au bénéfice des Ontariennes et des Ontariens : Rapport annuel 2005 du médecin-hygiéniste en chef à l'intention de l'Assemblée législative de l'Ontario. Toronto, Ont.* : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2005. [En ligne.] Récupéré le 9 janvier, 2006 à: http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reports f/ph_ontariof/ph_ontario_011706f.pdf

2. Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario. Walker, D. Pour le bien de la santé publique : Un plan d'action – Rapport final du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario. Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2004. [En ligne.] Récupéré le 15 octobre 2005 à http://sww.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf /walker04f/exec_summaryf.pdf.

3. Ibidem, p.231.

4. ONTARIO. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Opération Protection de la santé : Plan d'action visant à prévenir les menaces d'ordre sanitaire et à promouvoir la santé en Ontario. Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2004. [En ligne.] Récupéré le 12 novembre, 2005 à: http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reports f/consumer_04f/oper_healthprotection04f.pdf

Chapitre 7 : Soutien dans les situations d'urgence et dans les urgences déclarées

1. *Projet de Loi 56, modifiant la Loi sur la gestion des situations d'urgence, la Loi de 2000 sur les normes d'emploi et la Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail.* [Projet de Loi du gouvernement.] Première lecture : 15 décembre 2005. Toronto, Ont. : Assemblée législative de l'Ontario. [En ligne.] Récupéré le 2 février 2006 à: http://www.ontla.on.ca/documents/Bills/38_Parliament/session2/ b056_f.htm

Chapitre 8 : Mise en place progressive

1. Public Health and Epidemiology Report Ontario (PHERO). Page d'accueil. Dernière mise à jour : 7 décembre 2004. Récupéré le 28 février 2006. En anglais.

2. Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario. Walker, D. Pour le bien de la santé publique : Un plan d'action – Rapport final du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario. Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2004. [Enligne.] Récupéré le 15 octobre 2005 à http://sww.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf /walker04f/exec_summaryf.pdf.